



SwissLife

agéa Promotion

Prévoyance des salariés

Conditions générales valant notice d'information
du contrat collectif négocié et distribué par agéa Promotion
auprès des agents généraux d'assurances

Réf. : CGAGEA/05-2019

Souscrit par l'agent général ou la société agent général désigné et référencé sur la demande de souscription, ci-après dénommé « agence souscriptrice »,

auprès de :

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

L'assureur est SwissLife Assurance et Patrimoine pour l'ensemble des garanties de votre contrat, lequel délègue l'intégralité des formalités de gestion à SwissLife Prévoyance et Santé,

SwissLife Assurance et Patrimoine est désignée comme société apéritrice.

Elle est dénommée ci-après « assureur ».

Il s'agit d'un contrat d'assurance collectif, régi par la loi française et soumis à la réglementation fiscale française.

Sommaire

	Définitions	3			
Titre I	Dispositions générales	3	Titre III	Incapacité temporaire de travail – Rente d'invalidité – Exonération	7
Article 1	Objet du contrat	3	Article 16	Définition de la garantie incapacité et invalidité	7
Article 2	Effet et durée des contrats	3	Article 17	Revalorisation des rentes en cours de service	7
Article 3	Obligations déclaratives	3	Article 18	Risques exclus (garantie incapacité et invalidité)	7
Article 4	Affiliation à l'assurance	3	Article 19	La gestion de l'arrêt de travail	8
Article 5	Effet des garanties	3	Article 20	Cessation des garanties	8
Article 6	Base de calcul du montant des garanties	4	Article 21	La portabilité	8
Article 7	Salaire de base	4			
Article 8	Situation de famille – Enfants à charge – Personnes à charge	4	Titre IV	Le maintien des garanties des prestations prévues au titre II et au titre III	9
Article 9	Gestion des cotisations	4	Article 22	Le maintien des garanties en cas d'arrêt de travail	9
Article 10	Communication et documents à fournir	4	Article 23	Le maintien des garanties pour résiliation ou non-renouvellement du contrat	9
Titre II	Décès – Perte totale et irréversible d'autonomie	5			
Article 11	Définition de la garantie et des risques assurés	5	Titre V	Les réclamations – La médiation – Le contrôle	9
Article 12	Risques exclus (garantie décès et perte irréversible d'autonomie)	5	Article 24	Les réclamations – La médiation	9
Article 13	Le règlement des prestations en cas de décès	5	Article 25	L'autorité de contrôle	9
Article 14	Le règlement des prestations en cas de perte totale et irréversible d'autonomie	6	Article 26	Données à caractère personnel	9
Article 15	Le règlement des capitaux supplémentaires accident	6	Article 27	Dispositions relatives à la dématérialisation et aux opérations valant convention de preuve	10
			Article 28	La prescription	11
			Article 29	La subrogation	11

Définitions

Accident : on entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré et provenant exclusivement de l'action soudaine d'une cause extérieure. À titre d'exemple, n'est pas considérée comme accident la blessure ou la lésion provenant totalement ou partiellement d'un état pathologique ou d'une opération non consécutive à un accident.

Agence adhérente : l'agent général ou la société agent général ayant souscrit au présent contrat collectif *agéa prévoyance des salariés*, au profit de ses salariés relevant de la catégorie de personnel mentionnée sur les dispositions particulières.

Bénéficiaire : on entend par bénéficiaire comme mentionné à l'article 11 du titre II,

la ou les personnes désignées par le salarié assuré, pour percevoir le montant du capital dû en cas de décès de ce dernier.

Primes exceptionnelles : il s'agit des primes ou gratifications ponctuelles exceptionnellement versées par l'agent général au salarié assuré, dans des conditions et modalités de versement discrétionnaires. Elles sont intégrées à la rémunération annuelle brute (article 7 du titre I), et n'ont pas de caractère obligatoire.

Salarié : tout membre du personnel de l'agent général ou de la société agent général justifiant être titulaires d'un contrat de travail (CDI et CDD) ou d'un contrat d'apprentissage, sans condition d'ancienneté.

Titre I – Dispositions générales

Article 1 – Objet du contrat

Le contrat a pour objet de garantir les salariés de l'agence souscriptrice et appartenant à la catégorie mentionnée sur la demande de souscription et sur les dispositions particulières. Les risques assurés, mentionnés sur les conditions particulières, sont régis par les conditions générales ci-après.

Article 2 – Effet et durée des contrats

2.1 La demande de souscription au présent contrat, constituée de l'ensemble des pièces visées à l'article 4.1, nécessaires à l'étude de la demande, est adressée par l'agence souscriptrice à l'assureur, par l'intermédiaire d'agéa Promotion.

2.2 Le dossier d'adhésion est soumis à l'acceptation de l'assureur, dans les conditions visées à l'article 4.1, qui notifie son accord à l'agence souscriptrice par l'émission des conditions générales, mentionnant, notamment la date d'effet, la catégorie assurée, les garanties et prestations assurées, ainsi que les taux de cotisations incluant éventuellement une surprime pour risque aggravé.

2.3 La souscription de l'agence souscriptrice prend effet à la date indiquée sur les conditions particulières émises par l'assureur et au plus tôt le premier jour du mois qui suit la réception de la demande de souscription. Elle se poursuit jusqu'au 31 décembre suivant sous réserve des dispositions de l'article 9.3 ci-après et se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, sauf résiliation par l'agence souscriptrice ou l'assureur, notifiée par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique, ou par tout autre support durable visé à l'article L. 113-14 du Code des assurances, deux mois au moins avant l'échéance annuelle. Sauf accord particulier, la date d'effet de la souscription de l'agence ne peut être antérieure à la date de réception du dossier complet d'adhésion par l'assureur.

Article 3 – Obligations déclaratives

3.1 Les déclarations de l'agence souscriptrice et des personnes assurées servent de base à l'appréciation du risque par l'assureur. Conformément aux dispositions des articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des assurances et indépendamment des suites judiciaires qui pourraient être engagées, toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte sur les éléments constitutifs du risque au moment de la souscription ou en cours de contrat, est sanctionnée par la nullité du contrat, par la résiliation ou la réduction d'indemnités.

3.2 Sauf en cas de omission déclarative par la personne assurée, celle-ci, une fois admise, ne peut être éliminée de l'assurance contre son gré tant qu'elle fait partie de l'effectif assurable du groupe et à la condition que la cotisation ait été payée.

Article 4 – Affiliation à l'assurance

4.1 Lors de la souscription de l'agence souscriptrice

4.1.1 Lors de la demande de souscription, l'agence souscriptrice transmet à l'assureur, par l'intermédiaire d'agéa Promotion, un dossier de souscription constitué des pièces suivantes :

- la demande de souscription signée par l'agence souscriptrice ;
- les bulletins individuels d'affiliation remplis par chacun des membres du personnel appartenant à la catégorie définie sur la demande de souscription signée de l'agence souscriptrice, y compris par ceux en arrêt de travail total ou partiel ;
- dans le cadre d'une création de régime, la déclaration de santé remplie par le(s) salarié(s) ayant eu un ou plusieurs arrêts de travail qui, cumulés, aboutissent plus de 7 jours d'arrêt durant les trois derniers mois précédents la demande d'affiliation ;
- dans le cadre d'une création de régime, le formulaire « Étude de reprise de l'arrêt de travail » rempli par le médecin traitant pour les salariés en arrêt de travail lors de l'affiliation ;
- le cas échéant, la liste des salariés bénéficiant de prestations en cours de service au titre d'un précédent contrat.

4.1.2 L'assureur se réserve, au vu du dossier de souscription, composé des documents susmentionnés, la possibilité de refuser la souscription de l'agence souscriptrice notamment si le risque représenté par certains salariés est trop important pour pouvoir être compensé par une surprime ou une prime unique.

4.1.3 Tant que l'assureur n'a pas adressé les conditions particulières à l'agence souscriptrice, les garanties sont limitées aux seuls risques d'accidents à compter de la date de réception du dossier complet de souscription (cf. article 4.1), exception faite du cas où les salariés concernés sont garantis au titre d'un régime de prévoyance souscrit par l'agence souscriptrice, et encore en vigueur au moment du sinistre.

4.1.4 L'agence souscriptrice s'engage à communiquer à l'assureur avec le dossier de souscription, la liste des salariés en arrêt de travail total ou partiel ainsi que toute information concernant des prestations en cours de service ou à venir au titre d'un précédent régime de prévoyance de l'agence souscriptrice, qu'elles concernent des salariés sous contrat de travail, d'anciens salariés ou des ayants droit de salariés décédés.

L'agence souscriptrice s'engage à communiquer à l'assureur, la liste des salariés dont la date d'arrêt de travail survient entre la date de la demande de souscription et la date d'effet des garanties.

Tout arrêt de travail en cours ou toute prestation en cours de service au titre d'un précédent contrat de l'agence souscriptrice, non communiqué à l'assureur lors de la souscription de l'agence souscriptrice, donne la possibilité à l'assureur, indépendamment des suites judiciaires qui pourraient être engagées, soit de prononcer la nullité de la souscription de l'agence souscriptrice, conformément aux dispositions de l'article L. 113-8 du Code des Assurances, soit de résilier ou de majorer les cotisations prévues initialement en application de l'article L. 113-9 du Code précité.

4.2 Après la souscription de l'agence souscriptrice

Tout salarié recruté ou promu postérieurement à la date d'effet de l'adhésion et appartenant à la catégorie de personnel définie sur l'acceptation d'adhésion, complète un bulletin individuel d'affiliation.

Les documents doivent être transmis à l'assureur dans un délai de 30 jours suivant l'embauche ou la promotion du salarié concerné. À défaut, l'affiliation sera décalée à la date de régularisation complète du dossier du salarié. Tout sinistre, ainsi que ses suites conséquences et récidives, survenu entre la date d'entrée du salarié dans la catégorie de personnel visée aux conditions particulières et la date de régularisation de la demande d'adhésion, sera à la charge de l'employeur.

Article 5 – Effet des garanties

5.1 Les salariés, présents au travail sans réduction d'horaire pour cause de maladie ou d'accident, bénéficient des garanties à compter de la date d'effet de la souscription de l'agence souscriptrice.

5.2 Les nouveaux salariés embauchés ou promus postérieurement à la date d'adhésion bénéficient des garanties à partir de la date à laquelle ils appartiennent à la catégorie de personnel assurée, sous réserve des dispositions prévues à l'article 4.2.

5.3 Il est précisé que la garantie en cas d'arrêt de travail ne s'applique qu'aux arrêts de travail survenus après la prise d'effet des garanties.

Néanmoins, les membres du personnel de l'entreprise souscriptrice en arrêt de travail à la date d'effet des garanties peuvent être admis à la couverture d'assurance, sous réserve des conditions cumulatives suivantes :

- que leur contrat de travail ne soit pas rompu ;
- qu'ils aient été portés à la connaissance de l'assureur lors de la souscription ;
- que leur couverture ait été expressément acceptée par l'assureur par le biais d'une mention spécifique sur les dispositions personnelles de l'entreprise.

En tout état de cause, en cas d'accord de l'assureur, les prestations seront versées sous déductions de celles versées par le précédent organisme d'assurance et du régime obligatoire.

5.4 Cependant, par dérogation à l'alinéa précédent, le bénéficiaire des garanties est maintenu durant les périodes de suspension du contrat de travail dès lors que le salarié bénéficie d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou du versement d'indemnités journalières par la Sécurité sociale ou du versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, notamment en cas de maladie, maternité ou accident. En outre, les garanties sont également maintenues pour les salariés bénéficiant d'un revenu de remplacement versé par l'employeur durant la suspension de leur contrat de travail. Ce cas concerne notamment les salariés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité...).

Il est précisé que tout événement survenu pendant une période de suspension des garanties, ainsi que ses suites, conséquences et récidives, ne sera jamais garanti.

Article 6 – Base de calcul du montant des garanties

Les montants des capitaux et des prestations assurées sont calculés selon les garanties souscrites par l'agence souscriptrice, en fonction du salaire de base.

Article 7 – Salaire de base

7.1 Le salaire de base correspond à la rémunération globale brute de l'assuré avant prélèvement des cotisations sociales, sauf dispositions de l'article 16.7 ci-après. Il sert de base aux calculs des cotisations et des prestations.

Le salaire de base est divisé en deux tranches :

- la tranche 1 est la partie du salaire limitée à 1 plafond de la Sécurité sociale ;
- la tranche 2 est la partie du salaire comprise entre 1 et 8 fois le plafond de la Sécurité sociale. **Sauf mention contraire indiquée sur vos dispositions personnelles et certifiées d'adhésion, la tranche 2 est limitée à 4 PASS.** Le salaire de base retenu pour le calcul respectif des prestations assurées et des cotisations, peut être exprimé sur l'une ou les deux tranches ci-dessus, et est mentionné sur les conditions particulières.

Pour le calcul des prestations, il est tenu compte du salaire de base des douze mois entiers ayant précédé le mois au cours duquel est survenu l'arrêt de travail ou le décès lorsque ce dernier n'a pas été précédé d'un arrêt de travail, étant entendu que le montant des primes exceptionnelles perçues au cours de cette période, intégrées au salaire de base pris en compte pour le calcul des prestations, n'excède pas 1/12^e de la rémunération annuelle brute hors primes.

7.2 Si l'assuré ne compte pas douze mois entiers de présence dans l'agence souscriptrice ou si pendant cette période son salaire a été réduit ou supprimé pour cause de maladie ou d'accident, son salaire annuel est reconstitué prorata temporis sur la base des périodes au cours desquelles il a bénéficié d'un salaire plein.

Article 8 – Situation de famille – Enfants à charge – Personnes à charge

8.1 Lorsque la garantie est définie en fonction de la situation de famille, c'est celle existant au moment du sinistre qui est retenue pour le calcul de la prestation.

8.2 Sont considérés comme enfants à charge, jusqu'à leur majorité, et à condition qu'ils n'exercent pas une profession à temps complet les enfants légitimes, adoptés, recueillis ou naturels reconnus par l'assuré dans les cas suivants :

- lorsque l'assuré leur verse une pension alimentaire au titre d'un jugement de divorce ou de séparation, déductible du revenu global de l'assuré ;
- lorsque les enfants sont pris en compte pour au moins une demi-part dans le calcul de l'impôt sur le revenu de l'assuré.

Sont également considérés à charge les enfants de l'assuré, nés viables moins de 300 jours après son décès.

Au-delà de leur majorité, et au plus tard jusqu'à leur 28^e anniversaire :

- s'ils poursuivent des études scolaires ou universitaires, et sont couverts par le régime de sécurité sociale français, et sous réserve qu'ils n'exercent pas une profession à temps complet ;
- s'ils sont en apprentissage ou entrent dans le cadre des contrats d'insertion en alternance, jusqu'au terme de leur cursus et perçoivent dans tous les cas une rémunération maximum de 55 % du salaire minimum interprofessionnel de croissance.

Par dérogation aux dispositions précédentes, sont considérés à charge sans limitation de durée, les enfants de l'adhérent s'il leur est versée avant leur 21^e anniversaire l'allocation aux adultes handicapés ou l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

Article 9 – Gestion des cotisations

9.1 Le paiement des cotisations

9.1.1 Les cotisations sont calculées sur le salaire de base tel que défini à l'article 7 en fonction des taux indiqués sur les conditions particulières de l'agence souscriptrice.

9.1.2 Les cotisations sont payables par trimestre civil à terme échu. Leur paiement à l'assureur incombe à l'agence adhérente.

9.1.3 Au cours des trois premiers trimestres de l'année, si l'agence souscriptrice a réglé le montant de la cotisation provisionnelle calculée par l'assureur, les cotisations du quatrième trimestre civil représentent le solde des cotisations dues pour l'année civile écoulée. Elles sont donc égales à la différence entre le montant de la cotisation de l'année écoulée, calculé à partir du salaire de base et / ou du plafond de la Sécurité sociale annuels, de chaque assuré pour la période d'assurance effectivement couverte, et le cumul des cotisations versées au titre des trimestres précédents.

9.2 L'exonération des cotisations

Lorsque la personne assurée, bénéficie des prestations du titre III, elle est exonérée du paiement des cotisations du présent contrat et reste assurée pour l'ensemble des garanties souscrites par l'agence souscriptrice dans le cadre du contrat prévoyance. La prise en charge des cotisations est fonction de la perte de salaire subie et subsiste aussi longtemps que l'assuré perçoit des prestations du titre III, à savoir des suites d'une incapacité temporaire ou définitive totale garantie par le contrat et indemnisée.

En cas de reprise à mi-temps thérapeutique, l'exonération des cotisations cesse. Les cotisations seront calculées sur la base du salaire effectivement versées par l'employeur (hors indemnités journalières de la Sécurité sociale et indemnités journalières complémentaires en cas de subrogation).

9.3 Défaut de paiement des cotisations

9.3.1 Les cotisations sont versées par l'agence souscriptrice seule débitrice des cotisations vis-à-vis de l'organisme assureur.

En cas de non-paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, l'assureur adressera à l'entreprise une lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci entraîne la suspension des garanties trente (30) jours plus tard. Après un nouveau délai de dix (10) jours, l'assureur résiliera de plein droit le contrat.

En cas de mise en demeure pour non-paiement, la cotisation deviendra exigible immédiatement pour l'année entière et pourra être recouvrée par voie judiciaire.

En cas de paiement du montant qui figure sur la lettre de mise en demeure, après suspension des garanties et avant résiliation, les garanties reprendront effet à midi, le lendemain du jour du paiement.

9.3.2 L'assureur peut résilier le contrat en cas de procédure de sauvegarde (article L. 622-13 du Code de commerce), de redressement judiciaire (article L. 631-14 du Code de commerce), ou de liquidation judiciaire (article L. 641-11-1 du Code de commerce) de l'entreprise souscriptrice, et dans le respect des dispositions de ces textes.

Article 10 – Communication et documents à fournir

10.1 Communication

10.1.1 Les déclarations et communications n'ont d'effet que si elles sont parvenues par écrit à l'assureur.

10.1.2 L'agence souscriptrice est tenue d'aviser l'assureur, par écrit, de tout changement de situation en application de l'article L. 113-2 du Code des assurances, et notamment : changement d'activité, d'adresse postale, d'adresse e-mail ou de convention collective, mise en place dans l'agence du dispositif d'activité partielle. Cette déclaration doit nous être adressée par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique moyennant un délai de quinze jours dès le moment où l'entreprise en a connaissance.

10.1.3 À défaut de l'avis de changement de raison sociale ou d'adresse, toutes les communications lui seront faites valablement sous la dernière raison sociale ou à la dernière adresse dont l'assureur a eu connaissance.

10.2 Documents à fournir par l'agence souscriptrice

Pour l'exécution du présent contrat, l'agence souscriptrice s'engage à fournir et à communiquer à l'assureur les éléments suivants :

10.2.1 Lors de la souscription de l'agence souscriptrice

- Le dossier complet de souscription, constitué des pièces mentionnées à l'article 4.1, par l'intermédiaire d'agèa Promotion.

10.2.2 Après la souscription de l'agence souscriptrice

- Le bulletin individuel d'affiliation de chaque nouveau salarié, répondant à la définition de la catégorie de personnel assurée (nouvelle embauche ou promotion), conformément aux dispositions de l'article 4.2.
- Les cotisations sont payables par trimestre civil à terme échu et dans les dix jours suivant la réception des appels de cotisations par l'entreprise. En fonction des déclarations fournies en fin d'année d'assurance par l'entreprise, les cotisations sont susceptibles de faire l'objet d'un ajustement en début d'année suivante. Ces déclarations portent sur les mouvements de personnel et, le cas échéant, sur l'évolution des salaires versés au cours de l'année précédente.
- La liste des personnes à radier dès qu'elles ne font plus partie de la catégorie assurée.

Titre II – Décès – Perte totale et irréversible d'autonomie

Article 11 – Définition de la garantie et des risques assurés

11.1 Décès

11.1.1 Capital décès

En cas de décès d'un assuré, l'assureur verse un capital dont le montant est mentionné sur le certificat d'adhésion émis par l'assureur.

À défaut de désignation expresse de bénéficiaires ou si cette désignation est caduque, le bénéfice de la prestation est attribué selon la clause standard, soit par ordre de préférence :

- 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.

Cette clause standard est appliquée par défaut. Vous avez la possibilité de modifier la clause bénéficiaire en nous retournant le document « Désignation bénéficiaire(s) spécifique », disponible auprès de votre interlocuteur commercial, ou par mail accompagné de la copie de votre carte nationale d'identité.

11.1.2 Capital décès accidentel

Si le décès de l'assuré résulte d'un accident survenu immédiatement ou dans les douze mois suivant le jour de l'accident, l'assureur verse un capital supplémentaire dont le montant est mentionné sur le certificat d'adhésion aux bénéficiaires désignés.

11.1.3 Décès du conjoint survivant (double effet)

En cas de décès, postérieur ou simultané avant 62 ans, du conjoint d'un assuré décédé, l'assureur verse, aux enfants à charge de l'assuré et encore à charge du conjoint lors de son décès, un capital au titre de la garantie « double effet ». Le montant de ce capital est mentionné sur le certificat d'adhésion émis par l'assureur.

11.2 Perte totale et irréversible d'autonomie

11.2.1 Définition de la garantie

La personne assurée est considérée en état de perte totale et irréversible d'autonomie lorsque :

- elle est reconnue définitivement incapable de se livrer à aucune occupation ni à aucun travail susceptible de lui procurer gain ou profit, et
- elle a été classée par la Sécurité sociale parmi les invalides obligés d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne (3^e catégorie), et
- il est établi que son état, ayant un caractère définitif, n'est susceptible d'aucune amélioration.

Ces conditions sont cumulatives.

11.2.2 Modalité de versement

11.2.2.1 Versement capital prévu

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie, l'assureur verse à l'assuré le capital invalidité permanente et totale, éventuellement complété par les capitaux invalidité permanente et totale « accident » (cf. paragraphe 1.2 ci-dessous).

Ce versement met fin aux garanties du présent titre.

11.2.2.2 Invalidité par suite d'accident

L'assureur verse le capital supplémentaire mentionné sur le certificat d'adhésion, si la perte totale et irréversible d'autonomie résulte d'un accident et si elle survient immédiatement ou dans les 12 mois suivant le jour de l'accident.

11.3 Rente éducation

En cas de décès de l'adhérent, il est versé à chacun des enfants qui étaient à sa charge, tels que définis sur vos dispositions particulières, une rente temporaire dont le montant annuel varie selon l'âge de l'enfant bénéficiaire. Cette rente est versée au plus tard jusqu'à la fin du mois civil suivant le 18^e anniversaire de l'enfant, et jusqu'au mois civil suivant le 28^e anniversaire si poursuite d'études.

Elle est payée par trimestre civil à terme échu, les premier et dernier paiements étant effectués au prorata temporis. Les trimestrialités sont versées :

- au représentant légal de l'enfant si ce dernier est âgé de moins de 18 ans ;
- à l'enfant lui-même s'il est âgé d'au moins 18 ans.

Le versement de la rente cesse à compter du jour où l'enfant ne remplit plus les conditions de l'enfant à charge, et en tout état de cause, au plus tard le jour de son 28^e anniversaire.

11.4 Allocation obsèques

En cas de décès de votre conjoint, de l'un de vos enfants à charge ou de vous-même, la garantie prévoit le versement d'une allocation destinée à la participation aux frais d'obsèques, dont le montant est précisé au certificat d'adhésion. Cette allocation est

versée à la personne en charge du règlement des obsèques, sur présentation de la facture.

Article 12 – Risques exclus (garantie décès et perte irréversible d'autonomie)

12.1 Ne sont pas garantis

- Les sinistres causés ou provoqués intentionnellement par l'assuré ou le bénéficiaire de l'assurance.
- Le suicide de l'assuré n'est garanti qu'après la première année d'assurance au titre du présent contrat.
- Les sinistres résultant d'un accident de navigation aérienne si l'appareil n'est pas muni d'un certificat de navigabilité ou si son pilote ne possède ni brevet ni licence valide.
Est assimilée à la navigation aérienne, l'utilisation :
– d'ultra léger motorisé (ULM) ;
– d'ailes volantes (deltaplane) et de parachutes, pour autant que ces appareils soient en conformité avec les normes existantes.
- Les matches, paris, courses, acrobaties, records, tentatives de records ou essais préparatoires ou de réception sont toujours exclus de la garantie.

12.2 Sont exclus des garanties « accident » les sinistres résultant d'un accident ayant l'une des causes suivantes :

- guerre étrangère, guerre civile, émeute, insurrection, rixe, acte de terrorisme, si la personne y a pris une part active et volontaire. Les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel sont néanmoins garantis ;
- d'accident résultant de l'utilisation par l'assuré (y compris en qualité de passager) de deltaplanes, parapentes, d'avions ultra légers motorisés et de tous autres aéronefs non agréés pour effectuer du transport public ;
- d'accident survenu au cours de la participation de l'assuré à des compétitions ou démonstrations aériennes, exercices de voltige, acrobaties, raids, tentatives de records, vols sur prototypes ou appareils non munis d'un certificat de navigabilité, vols d'essais, sauts effectués avec des parachutes non homologués ;
- de la pratique de toute activité sportive effectuée en infraction manifeste des règles de sécurité définies par les pouvoirs publics ou la fédération sportive concernée, de telle manière que l'assuré ne pouvait ignorer le risque ;
- courses, matches, paris, sauf compétitions sportives normales auxquelles l'assuré prendrait part à titre d'amateur ;
- l'éthylisme, d'ivresse manifeste ou s'il est révélé qu'au moment de l'accident, la personne garantie à l'origine de l'accident avait un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux caractérisant l'état d'alcoolémie répréhensible en vertu de la législation française ;
- de la détention, la possession ou la manipulation par l'assuré sur le lieu de l'accident soit d'engins de guerre, soit d'une arme dont la détention est interdite ;
- usage de stupéfiants ou de tranquillisants en quantité non prescrite médicalement.

Article 13 – Le règlement des prestations en cas de décès

13.1 Le décès d'une personne assurée doit être déclaré dans les meilleurs délais possibles par le bénéficiaire ou par l'agence souscriptrice à l'assureur.

13.2 Les pièces justificatives à remettre à l'assureur pour le règlement des capitaux assurés, sont, dans tous les cas :

- une copie de l'acte de décès au nom de la personne assurée ;
- un certificat médical indiquant si possible la cause du décès, à défaut l'indication de cette cause telle qu'elle a été portée à la connaissance des ayants droit ;
- les pièces établissant la qualité du bénéficiaire : certificat d'hérédité, extrait d'acte de naissance du ou des bénéficiaires.

Pour établir la qualité à percevoir les prestations, l'assureur peut demander un extrait d'acte de naissance ou toute autre pièce nécessaire ;

- une attestation de salaire ou la copie des bulletins de salaire, conformément aux dispositions de l'article 7 des dispositions générales.

Le cas échéant :

- la justification des personnes à charge (par exemple : copie du livret de famille, certificat de scolarité, attestation d'inscription à la Sécurité sociale des étudiants, copie de la carte d'invalidité, certificat d'apprentissage...).

13.3 L'assureur se réserve le droit de vérifier que le décès ne résulte pas d'un risque exclu. Le médecin conseil peut donc demander aux bénéficiaires des prestations décès de lui communiquer des informations médicales complémentaires (dossier médical du défunt qui peut être communiqué aux ayants droit).

13.4 Le paiement du capital assuré est indivisible à l'égard de l'assureur qui règle, en cas de pluralité de bénéficiaires, sur quittance conjointe des ayants droit.

Il intervient dans les quinze jours de la réception de l'ensemble des pièces indiquées ci-dessus.

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

Il est établi que l'assureur peut demander toute pièce complémentaire utile à la constitution du dossier.

Article 14 – Le règlement des prestations en cas de perte totale et irréversible d'autonomie

14.1 Tout accident ou maladie pouvant entraîner une perte totale et irréversible d'autonomie doit être déclaré à l'assureur par l'assuré ou par l'agence souscriptrice.

La déclaration doit être faite par écrit, sous peine de déchéance, dans un délai de six mois, sauf cas fortuit ou de force majeure, à partir du jour où l'assuré a été reconnu invalide permanent et total par la Sécurité sociale.

14.2 La preuve de la perte totale et irréversible d'autonomie incombe à l'assuré.

Les pièces justificatives à remettre à l'assureur sont les suivantes :

- un certificat médical détaillé précisant, notamment, la nature de l'invalidité et la date de constatation médicale de la maladie ou de survenance de l'accident entraînant l'invalidité ; ce certificat doit également attester que l'invalidité répond aux conditions définies à l'article 11.2.1 ci-dessus et qu'elle n'est susceptible d'aucune amélioration ;
- la notification de la décision de la Sécurité sociale attribuant l'allocation pour assistance d'une tierce personne ;
- une attestation de salaire ou la copie des bulletins de salaire, conformément aux dispositions de l'article 7 des dispositions générales ;
- le cas échéant, la justification des personnes à charge.

14.3 L'assureur se réserve le droit de vérifier entre-temps que la perte totale et irréversible d'autonomie ne résulte pas d'un risque exclu et de soumettre, à ses frais, l'assuré à expertise médicale, l'assuré ayant la faculté de se faire assister, à ses frais, du médecin de son choix.

Le médecin-conseil peut également demander à l'assuré de lui communiquer des

informations médicales complémentaires (dossier médical qui peut être communiqué à ce dernier) ou de se faire examiner par un médecin expert désigné par le médecin-conseil.

14.4 Dès qu'il a été reconnu que la perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré ne relève pas d'un risque exclu et six mois après la date de reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie par la Sécurité sociale, l'assureur paie le capital assuré.

14.5 Si la perte totale et irréversible d'autonomie, provoquée par un accident, résulte de la cécité complète et incurable ou de la perte complète de l'usage des deux membres supérieurs ou inférieurs, le capital est versé dès la réception des pièces justificatives.

Article 15 – Le règlement des capitaux supplémentaires accident

15.1 Le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie, d'origine accidentelle, d'une personne assurée doit être déclaré à l'assureur dans le plus bref délai possible par le bénéficiaire ou par l'agence souscriptrice, ou l'assuré.

15.2 Le bénéficiaire ou l'assuré doit fournir à l'assureur toutes les pièces prouvant la relation entre l'accident ou le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie (procès-verbal de gendarmerie, rapport de police, à défaut coupures de presse, relations de témoins).

15.3 L'assureur se réserve le droit de vérifier que le sinistre ne résulte pas d'un risque exclu. Le médecin conseil peut donc demander à l'assuré de lui communiquer des informations médicales complémentaires (dossier médical qui peut être communiqué à ce dernier) ou de se faire examiner par un médecin expert désigné par le médecin conseil. Le médecin-conseil peut donc demander aux bénéficiaires des prestations décès de lui communiquer des informations médicales complémentaires (dossier médical du défunt qui peut être communiqué aux ayants droit).

15.4 Le paiement du capital assuré intervient dans les quinze jours de la réception de l'ensemble des pièces justificatives. Les garanties des membres du personnel s'arrêtent dès qu'ils cessent de faire partie de la catégorie de personnel assurable, définie sur la demande d'adhésion de l'agence souscriptrice ou après règlement du ou des capitaux prévus en cas de perte totale et irréversible d'autonomie. Elles cessent en cas de résiliation de l'adhésion de l'agence souscriptrice, à l'exception des personnes bénéficiant de prestations relatives aux garanties du titre III.

Titre III – Incapacité temporaire de travail – Rente d'invalidité – Exonération

Article 16 – Définition de la garantie incapacité et invalidité

(Les garanties et les prestations définies ci-après sont assurées en complément des garanties du titre II et sont expressément mentionnées sur les dispositions particulières.)

16.1 En cas d'incapacité temporaire totale de travail d'une personne assurée, versement d'une **indemnité journalière** à l'expiration d'une période ininterrompue d'arrêt de travail de 90 jours, appelée **franchise**. La durée de la franchise est mentionnée sur les conditions particulières émises par l'assureur.

16.2 Une personne assurée est considérée en état d'incapacité temporaire totale de travail lorsque, du fait d'un accident ou d'une maladie, constaté par une autorité médicale compétente et entériné le cas échéant par le médecin conseil de l'assureur son état de santé le place dans l'incapacité physique totale d'exercer son activité professionnelle.

Lorsque l'assuré reprend son travail à temps partiel, le service de l'indemnité journalière peut être poursuivi, si son état ne lui permet pas la reprise du travail à temps complet et si la Sécurité sociale maintient le versement de ses indemnités journalières. Dans ce cas, le montant de l'indemnité journalière est diminué du montant du salaire partiel perçu par l'assuré.

16.3 Le montant de l'indemnité journalière est mentionné sur les conditions particulières émises par l'assureur et s'entend sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale.

Les salariés en arrêt de travail lors de la souscription du présent contrat, et indemnisés à ce titre par un précédent organisme d'assurance, bénéficieront des garanties du contrat SwissLife à compter de leur reprise d'activité, à l'exception des garanties non souscrites précédemment et qui ont été retenues au titre de la présente police.

En outre, il est précisé que les salariés indemnisés par un précédent organisme au titre d'un fait générateur survenu sous l'empire de ce contrat, resteront garantis par cet assureur pour toutes les suites, conséquences et récidives découlant de ce même fait générateur, au titre des garanties souscrites auprès de cet organisme.

Exemple 1 : si le contrat du précédent organisme ne comprenait que la garantie en cas d'incapacité de travail et non la garantie en cas d'invalidité, et que le contrat Swiss Life émis comprend cette garantie invalidité, dans ces conditions, les salariés en cas d'arrêt de travail lors de la mise en place du contrat Swiss Life (ou subissant une rechute dont le fait générateur est antérieur à leur adhésion) resteront garantis au titre de la garantie incapacité par leur précédent assureur, et pourront bénéficier de la garantie invalidité souscrite auprès de Swiss Life.

Exemple 2 : à l'inverse, si le contrat du précédent organisme comprenait la garantie en cas d'incapacité de travail ainsi que la garantie en cas d'invalidité, les salariés en arrêt de travail lors de la mise en place du présent contrat resteront garantis uniquement par le précédent assureur pendant toute la durée de leur arrêt de travail (incapacité + invalidité).

Il en est de même pour les salariés subissant une rechute dont le fait générateur est survenu sous l'empire d'un précédent contrat d'assurance.

16.4 En cas d'invalidité permanente partielle ou totale, le contrat prévoit le versement d'une **rente** :

• **en cas d'invalidité non professionnelle :**

- invalidité de 1^{re} catégorie : versement d'une rente dont le montant est inscrit aux dispositions particulières (sous déduction de la rente versée par la Sécurité sociale) ;
- invalidité de 2^e catégorie : versement d'une rente dont le montant est inscrit aux dispositions particulières (sous déduction de la rente versée par la Sécurité sociale) ;
- invalidité de 3^e catégorie : versement d'une rente dont le montant est inscrit aux dispositions particulières (sous déduction de la rente versée par la Sécurité sociale) ;

• **ou en cas d'invalidité accident du travail et maladie professionnelle. Cette rente annuelle est payée trimestriellement, et en fonction du taux d'invalidité :**

- pour un taux d'invalidité compris entre 33 % et 66 % : rente versée sous déduction de la rente versée par la Sécurité sociale ;
- ou supérieur à 66 % : rente versée sous déduction de la rente versée par la Sécurité sociale.

16.5 Une personne assurée est considérée en état d'invalidité permanente lorsque se présente l'une des trois situations :

- à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, la Sécurité sociale lui affecte un taux d'invalidité supérieur ou égal à 33 % et lui verse à ce titre une rente ;

- son invalidité partielle ne lui permet pas de se procurer dans une profession quelconque des revenus supérieurs au tiers de ses revenus antérieurs et la Sécurité sociale lui verse une pension au titre de l'invalidité de 1^{re} catégorie ;
- son état lui interdit de **façon présumée définitive** d'exercer toute activité rémunératrice et la Sécurité sociale lui verse une pension au titre de l'invalidité de la 2^e ou 3^e catégorie.

16.6 Le montant de la rente d'invalidité est mentionné sur les conditions particulières et s'entend sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale, à l'exclusion des majorations pour tierce personne.

16.7 En cas de rupture du contrat de travail liant l'assuré et l'agence souscriptrice, le calcul des prestations s'effectue sur la base du salaire net. Par salaire net, il faut entendre le salaire brut diminué des charges sociales salariales.

16.8 Le cumul des prestations perçues par l'assuré au titre du présent contrat, de la Sécurité sociale, de l'employeur et éventuellement de tout autre organisme de prévoyance, ne peut en aucun cas dépasser 100 % du salaire de base. En cas de dépassement, la prestation de l'assureur est réduite en conséquence.

16.9 Lorsque la personne assurée, en état d'incapacité temporaire totale ou partielle de travail ou d'invalidité, cesse de percevoir l'intégralité de son salaire, et bénéficie à ce titre des prestations de l'assureur, l'agence souscriptrice est exonérée du paiement des cotisations relatives à la personne assurée, conformément aux dispositions de l'article 9.2 qui, elle, reste assurée, pour les garanties du contrat, aussi longtemps que l'adhésion de l'agence souscriptrice est en vigueur, y compris en cas de rupture du contrat de travail, les prestations continuant à être servies conformément aux dispositions contractuelles.

16.10 En cas de résiliation de l'adhésion de l'agence souscriptrice, les prestations en cours de service continuent à être versées, conformément aux dispositions de l'article 17 ci-après.

16.11 Les conditions des garanties ci-dessus sont définies en fonction de la législation sociale française en vigueur à la date d'effet du contrat ; en cas de modification de cette législation de nature à remettre en cause la portée des engagements réciproques, les parties se réservent le droit de revoir ces conditions.

Article 17 – Revalorisation des rentes en cours de service

Le montant des indemnités et rentes d'invalidité en cours de service sera indexé à chaque échéance anniversaire en fonction de l'évolution de la valeur du point du Agirc-Arrco, dans la limite du fonds de revalorisation créé à cet effet, et après accord de l'assureur. Le fonds de revalorisation est alimenté par prélèvement annuel sur les produits financiers générés par les actifs représentant les provisions techniques pour sinistres à payer.

En cas de résiliation du contrat, les revalorisations ultérieures cessent d'être appliquées. Les revalorisations antérieurement attribuées demeurent acquises.

Article 18 – Risques exclus (garantie incapacité et invalidité)

- **Tous les arrêts de travail et invalidités sont garantis, à l'exception de ceux résultant :**
 - de **maladies et accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré ou qui résultent de tentatives de suicide ou mutilation volontaire ;**
 - de **faits de guerre civile ou étrangère, d'émeute ou d'insurrection, de rixe et d'acte de terrorisme, si la personne assurée y a pris une part active et volontaire.** Il est précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel sont garantis ;
 - de **blessures, lésions provenant de courses, matches ou paris, sauf compétitions sportives normales auxquelles l'assuré prendrait part à titre d'amateur ;**
 - de **modifications de la structure du noyau atomique ;**
 - de **radiations ionisantes, quelles qu'en soient la provenance et l'intensité, auxquelles seraient exposés les assurés, même par intermittence, en raison et au cours de leur activité professionnelle ;**
 - d'un **accident dû à l'ivresse (alcoolémie de taux supérieur ou égal au taux légal) ou à l'usage de stupéfiants ou de tranquillisants en quantité non prescrite médicalement.**
- **Les risques de navigation aérienne sont couverts dans les mêmes conditions que pour l'assurance décès.**
- **Les arrêts de travail correspondant au congé légal ou conventionnel de maternité n'ouvrent pas droit aux prestations de la présente assurance. Toutefois, si à l'expiration de ce congé, l'état pathologique de l'assurée l'empêche de reprendre son travail, les prestations sont dues, la période de franchise prévue à l'acceptation d'adhésion étant dans ce cas décomptée à partir de l'expiration du congé normal de maternité.**

Article 19 – La gestion de l'arrêt de travail

19.1 Déclaration et indemnisation

19.1.1 Il appartient à l'agence souscriptrice de déclarer, dans les meilleurs délais, à l'assureur tout arrêt de travail susceptible d'ouvrir droit aux prestations de la présente assurance.

19.1.2 L'agence souscriptrice transmet à l'assureur :

- une copie de l'avis d'arrêt de travail établi par le médecin prescripteur ;
- une attestation de salaire ou la copie des bulletins de salaire, conformément aux dispositions de l'article 7 des dispositions générales

19.1.3 Une attestation détaillée du médecin ayant prescrit l'arrêt de travail doit être fourni par l'assuré. Elle mentionnera les circonstances de l'accident ou l'origine de la maladie.

19.1.4 Les arrêts de travail non déclarés dans le délai de trente jours à partir de leur survenance seront considérés comme s'étant produits le jour de leur déclaration.

19.1.5 Pour le règlement des indemnités journalières, l'assuré ou l'agence souscriptrice doit communiquer à l'assureur au fur et à mesure de leur réception, les justificatifs de paiement des prestations en espèces par les organismes de Sécurité sociale (feuilles de décomptes, bordereaux, etc.).

19.1.6 Pour le paiement de la rente d'invalidité, l'assuré doit communiquer à l'assureur les notifications et justificatifs de paiement des rentes délivrés par la Sécurité sociale.

Les rentes sont réglées par trimestre échu, avec prorata en cas de sortie d'invalidité.

19.1.7 Ces prestations sont versées à l'agence souscriptrice pour autant que le contrat soit en vigueur et à l'assuré lorsque le contrat de travail a été rompu ou en cas d'invalidité permanente partielle ou totale, sous réserve que la Sécurité sociale verse les prestations correspondantes.

19.2 Contrôle – Expertise

L'adhérent doit apporter la preuve de son incapacité de travail ou de son invalidité. Il fournira à ce titre tous les éléments justificatifs qui peuvent lui être demandés, et se soumettra aux examens de contrôle effectués par le médecin expert mandaté par le médecin-conseil de l'assureur ou tout autre représentant mandaté par celui-ci.

Ainsi, l'adhérent s'engage à autoriser l'accès de son domicile ou lieu de traitement préalablement signalé par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique à l'assureur, sauf opposition justifiée.

Ce contrôle continue à s'exercer même après la résiliation du contrat, si l'adhérent bénéficie d'un maintien de prestations.

À défaut de pouvoir se soumettre au contrôle ou à cet examen médical, sauf s'il est justifié par un cas de force majeure, le service des prestations ou sa poursuite sera, selon la situation respectivement suspendu ou refusé. Les conclusions de l'examen médical seront communiquées à l'adhérent par le médecin-conseil de l'assureur. Elles peuvent conduire l'assureur à cesser le versement de ses prestations à la date de la visite du médecin, même si la Sécurité sociale continue son indemnisation.

Si l'adhérent n'a pas contesté dans les trente jours suivant le diagnostic du médecin-conseil, celui-ci sera considéré comme acquis.

Toute contestation de l'adhérent sur les conclusions de l'expert relatives à son état de santé entraînera la procédure qui suit :

- expertise contradictoire : en cas de désaccord sur les conclusions de l'expert de l'assureur, les parties peuvent procéder à une expertise amiable contradictoire durant laquelle chacune d'elles devra se faire assister par le médecin de son choix.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin ;

- compromis d'arbitrage : si un désaccord sur l'état de santé de l'adhérent subsiste après l'expertise contradictoire, les parties intéressées pourront convenir, si elles le souhaitent, de s'en remettre à un médecin tiers-arbitre désigné d'un commun accord. Faute d'entente sur le choix de ce dernier, il sera désigné par le président du tribunal judiciaire du domicile de l'adhérent situé en France.

Chaque partie paie les frais et honoraires du médecin qui l'assiste. En revanche, les honoraires du tiers arbitre, ainsi que, s'il y a lieu, les frais de sa nomination judiciaire sont payés par moitié par chacune des parties.

Les conclusions rendues par le tiers arbitre s'imposeront aux parties qui ne pourront former de recours ultérieur envers celles-ci.

19.3 Reprise du travail et rechute

19.3.1 Lorsque la personne assurée a commencé à bénéficier des prestations d'incapacité de travail ou d'invalidité, toute reprise du travail, dans la même activité, d'une durée inférieure à deux mois, n'entraîne qu'une suspension du paiement des prestations.

19.3.2. Dans ce cas, et à la condition que ce nouvel arrêt de travail soit dû à la même maladie, le paiement des indemnités journalières ou de la rente d'invalidité est repris dès la rechute sur les mêmes bases, la date d'expiration contractuelle des indemnités journalières étant prolongée de la durée de la reprise du travail.

Toutefois, il est précisé que les journées d'arrêt de travail non indemnisées par la Sécurité sociale (délai de carence de 3 jours) ne donnent pas lieu à prestation au titre du présent contrat, mais sont retenues pour la détermination de la franchise, si celle-ci n'a pas été expirée lors du (des) précédent(s) arrêt(s).

Article 20 – Cessation des garanties

Les assurances complémentaires, objet du présent titre, cessent sans qu'il en résulte un droit à prestation lors :

- de l'extinction de l'assurance en cas de décès dont elles sont le complément ;
- de la liquidation de la pension de vieillesse de la Sécurité sociale (sauf cas de cumul emploi retraite).

Article 21 – La portabilité

Pour rappel, en cas de portabilité, l'assiette de calcul des prestations est déterminée non plus en fonction des salaires, mais dans la limite du montant de l'allocation nette du régime obligatoire d'assurance chômage auquel l'ex-salarié ouvre droit.

Le bénéfice du dispositif de la portabilité est subordonné à la présence de personnel à assurer au sein de la catégorie objective définie au présent contrat. À cet égard, en cas de liquidation judiciaire de la société souscriptrice et du licenciement des salariés appartenant à la catégorie objective définie au contrat, la mise en place et le maintien de la portabilité ne pourront être effectifs que s'il y a financement par le liquidateur pour la période de portabilité envisagée. La prime due pour chaque ex-salarié sera calculée à partir de la dernière prime payée, elle sera due à terme d'avance.

Durée du maintien et conditions

L'ancien adhérent bénéficie du maintien de ses garanties à compter de la date d'effet de la rupture de son contrat de travail. La durée de cette couverture est égale à celle du dernier contrat de travail ou des derniers contrats de travail consécutifs dans l'entreprise, appréciée en mois entiers dans la limite de douze mois, à conditions toutefois que :

- le contrat de travail de l'adhérent soit rompu pour une cause autre que la faute lourde ;
- le droit aux prestations du contrat ait été ouvert avant la date de cessation du contrat de travail ;
- la rupture du contrat de travail ait ouvert droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage. L'adhérent devra faire parvenir à l'assureur les documents justifiant son inscription et sa prise en charge par Pôle emploi dans les meilleurs délais suivant la rupture de son contrat de travail. L'assureur se réserve le droit de demander tout justificatif de prise en charge. À défaut de réception la portabilité des garanties cessera.

Les anciens salariés répondant à ces conditions bénéficieront d'un maintien de garanties aux mêmes conditions que les salariés en activité au sein de l'entreprise. Par exception, ce maintien ne peut conduire les anciens salariés à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des indemnités chômage qu'ils auraient perçues au titre de la même période. Toute modification des garanties des salariés en activité leur sera applicable.

Cessation

Le maintien de la garantie prend fin automatiquement dans les cas suivants :

- à la date à laquelle l'ancien adhérent reprend une activité professionnelle ;
- à la date à laquelle l'ancien adhérent cesse de bénéficier d'une indemnisation par le régime d'assurance chômage ;
- à l'arrivée du terme des droits acquis par l'ancien adhérent au titre de la portabilité ;
- à la date de liquidation des droits à la retraite par l'ancien adhérent ;
- à la date à laquelle le contrat d'assurance est résilié. Dans ce cas, l'entreprise doit organiser la poursuite du maintien des garanties aux bénéficiaires de la portabilité. À défaut, et conformément à la législation en vigueur, elle sera seule débitrice de l'obligation de maintenir lesdites garanties ;
- dès que l'adhérent ne retourne pas les justificatifs de prise en charge par Pôle emploi, que nous aurons demandés. Vous vous engagez à nous informer, de la cessation prématurée du bénéfice de l'indemnisation chômage par l'ancien membre du personnel.

Titre IV – Le maintien des garanties des prestations prévues au titre II et au titre III

Article 22 – Le maintien des garanties en cas d'arrêt de travail

Les adhérents en arrêt de travail consécutivement à une maladie ou un accident continuent de bénéficier des garanties décès et arrêt de travail souscrites par l'entreprise, dès lors que les cotisations continuent d'être versées par l'entreprise et sans contrepartie lorsque la garantie exonération de cotisations visée à l'article 9.2 a pris effet.

Article 23 – Le maintien des garanties pour résiliation ou non-renouvellement du contrat

La garantie décès est maintenue pour l'ensemble des adhérents bénéficiant de pres-

tations relatives aux garanties incapacité de travail et invalidité. Elle est maintenue tant que les adhérents perçoivent des prestations périodiques de la part de l'assureur (indemnité journalière ou rente invalidité) conformément à l'article 7-1 de la loi n° 89-1009. Le maintien de la garantie décès cesse au plus tard à la date de liquidation des droits à la retraite de l'adhérent.

Les prestations en cours de service ou résultant d'un événement survenu avant la date de résiliation, du non renouvellement du contrat ou de la rupture du contrat de travail, continuent d'être assurées pour le montant atteint à la date de résiliation, à l'exclusion de toute revalorisation ultérieure et prise en charge par un autre assureur. Ce maintien cessera au jour où les prestations cessent d'être versées par la Sécurité sociale ou à la date de liquidation des droits à la retraite de l'adhérent.

Titre V – Les réclamations – La médiation – Le contrôle

Article 24 – Les réclamations – La médiation

Votre premier contact

En cas de réclamation concernant votre contrat, dans un premier temps, vous êtes invité à prendre contact par courrier simple adressé à l'attention du service clients prévoyance, CS50003 59897 Lille Cedex.

Votre deuxième contact : le service réclamations

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

En dernier recours : la Médiation de l'Assurance

La Médiation de l'Assurance ne peut être saisie qu'après épuisement des procédures internes en remplissant le formulaire accessible depuis le site <https://www.mediation-assurance.org>, ou à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09.

La Médiation de l'Assurance ne peut être saisie si une action contentieuse a été ou est engagée. Le médiateur de l'assurance exerce sa mission en toute indépendance.

Article 25 – L'autorité de contrôle

L'autorité administrative chargée du contrôle de l'assureur est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située au 4, place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.

Article 26 – Données à caractère personnel

Dans le cadre de nos relations, Swiss Life est amenée à collecter vos données personnelles dans le respect du règlement général sur la protection des données (RGPD), de la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et des référentiels édictés par la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés).

Les objectifs poursuivis par la collecte de vos données et les fondements juridiques des traitements de vos données personnelles sont les suivants :

Finalité : <i>passation, gestion, exécution des contrats d'assurance</i>	Bases légales des traitements
<ul style="list-style-type: none"> • Étude des besoins spécifiques de chaque assuré afin de proposer des contrats adaptés • Examen, acceptation, contrôle et surveillance du risque • Exécution des garanties des contrats • Gestion des contrats et gestion des clients • Exercice des recours • Gestion des réclamations et des contentieux 	Exécution du contrat
<ul style="list-style-type: none"> • Exécution de dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur (il peut notamment s'agir de traitements relatifs à l'exécution des règles fiscales, sociales, etc. ou encore des obligations relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme) 	Respect d'obligations légales
<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'actions de prévention proposées par l'assureur • Gestion du client intra-groupe • Conduite d'activités de recherche et développement • Opérations de communication et de fidélisation de la clientèle ou d'amélioration de la qualité du service • Respect des obligations prudentielles prévues par la législation européenne et la législation nationale 	Intérêt légitime
Finalité : <i>lutte contre la fraude à l'assurance</i>	Bases légales des traitements
<ul style="list-style-type: none"> • Analyse et détection des actes réalisés dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution des contrats présentant une anomalie, une incohérence, ou ayant fait l'objet d'un signalement pouvant révéler une fraude à l'assurance • Gestion des alertes en cas d'anomalies, d'incohérences ou de signalements • Constitution de listes des personnes dûment identifiées comme auteurs d'actes pouvant être constitutifs d'une fraude • Gestion des procédures amiables, contentieuses, et disciplinaires consécutives à un cas de fraude • Exécution des dispositions contractuelles, législatives, réglementaires ou administratives en vigueur applicables consécutivement à une fraude 	Intérêt légitime
Ces traitements permettent de prévenir, de détecter ou de gérer les opérations, actes, ou omissions présentant un risque de fraude.	
Finalité : <i>prospection commerciale</i>	Bases légales des traitements
<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation des opérations relatives à la gestion des prospects • Acquisition, cession, location ou l'échange des données relatives à l'identification des prospects de l'organisme d'assurance 	Intérêt légitime

Durées de conservation des données personnelles

Les données traitées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution des contrats sont conservées durant toute notre relation, et jusqu'à expiration des durées légales de prescription. En cas de non-conclusion d'un contrat, les données (notamment les données de santé) pourront être conservées pour une durée maximale de 5 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant du demandeur.

Dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance, les données pourront être conservées pour une durée de 5 ans à compter de la clôture du dossier de fraude si l'alerte est confirmée, et en cas de procédure judiciaire, ces données pourront être conservées jusqu'au terme de la procédure. Ces informations seront ensuite archivées. En cas d'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, les données pourront être conservées 5 ans maximum à compter de l'inscription.

Dans le cadre de la prospection commerciale, les données sont conservées pour une durée de trois ans maximum après le dernier contact ou la fin de la relation contractuelle.

Destinataires des données personnelles

Les données personnelles sont destinées dans la limite de leurs attributions :

- aux services de l'assureur ou à d'autres entités du groupe Swiss Life dès lors que leurs missions le justifient, et notamment à des fins de reporting, de lutte contre la fraude, de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, d'audit et de contrôle ;
- à nos réassureurs ou co-assureurs, intermédiaires, partenaires, ou sous-traitants, et à d'autres sociétés d'assurance si celles-ci sont impliquées dans la gestion du contrat (exemple : assureur du tiers victime) ;
- à des organismes susceptibles d'intervenir dans l'exécution des contrats d'assurance, tels les organismes publics habilités (administration fiscale, ministères concernés, autorités de tutelle, régimes sociaux...), ainsi qu'à des organismes professionnels (notamment à l'Agence de lutte contre la fraude à l'assurance ou l'Association pour la gestion des informations sur le risque en assurance), ou encore aux médiateurs, notaires, avocats, ou juridictions s'il y a lieu.

Vos données sont traitées par Swiss Life en France ou au sein de l'Union européenne. Toutefois, si des données personnelles doivent faire l'objet de transferts vers des pays tiers (notamment à destination de nos sous-traitants), Swiss Life prendra toutes les garanties nécessaires pour encadrer ces transferts (notamment encadrement des transferts à l'aide de clauses contractuelles types émises par la Commission européenne) et veiller à ce que la protection de vos données s'effectue dans des conditions adaptées permettant de garantir leur sécurité et l'effectivité de vos droits.

Droits sur vos données

Vous disposez de droits sur ces données :

- **droit d'accès** : vous pouvez obtenir des informations concernant le traitement de vos données ainsi qu'une copie de ces données (N.B. : concernant les données traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, le droit d'accès s'exerce auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés) ;
- **droit de rectification** : si vos données sont inexacts ou incomplètes, vous pouvez demander à ce qu'elles soient modifiées ou complétées ;
- **droit d'opposition au traitement** des données à caractère personnel pour des motifs légitimes, ou droit d'opposition sans motif concernant l'utilisation de vos données à des fins de prospection commerciale. Concernant la prospection par téléphone, vous pouvez aussi vous opposer en vous inscrivant gratuitement sur la liste d'opposition nationale Bloctel (www.bloctel.gouv.fr) qui interdit aux professionnels avec lesquels vous n'avez pas de relation contractuelle en cours, de vous démarcher par téléphone ;
- **droit à la limitation** des données à caractère personnel ;
- **droit à l'effacement** : vous pouvez demander l'effacement de vos données sous réserve de l'application de votre contrat ou d'obligations légales de conservation s'appliquant à l'assureur ;
- **droit à la portabilité des données** : vous pouvez demander que les données personnelles que vous nous avez personnellement fournies vous soient rendues ou, lorsque cela est techniquement possible, soient transférées à un tiers ;
- **droit de retirer votre consentement** si l'utilisation des données est fondée sur votre autorisation spéciale et expresse ;
- **droit de définir des directives** relatives au sort des données à caractère personnel après votre décès.

Ces droits peuvent s'exercer par un courrier adressé au DPO – Swiss Life – Direction gouvernance et qualité de la donnée – 7, rue Belgrand, 92300 Levallois-Perret ; ou par e-mail à dposwisslife@swisslife.fr ; ou auprès du médecin-conseil de Swiss Life à l'adresse précitée pour toutes demandes liées à des données médicales.

Vous pouvez également en cas de réclamation choisir de contacter la CNIL : <https://www.cnil.fr>

Concernant vos données, vous pouvez également vous reporter à tout moment à la politique de protection des données sur notre site Internet : www.swisslife.fr.

Article 27 – Dispositions relatives à la dématérialisation et aux opérations valant convention de preuve

27.1 Dématérialisation des échanges entre le souscripteur et l'assureur

Dès lors que le souscripteur transmet à l'assureur une adresse de courrier électronique valide, l'assureur pourra délivrer toutes informations et, plus généralement, adresser toutes correspondances quelconques au souscripteur par voie électronique, à savoir, sur le site internet ou par courrier électronique (e-mail).

À ce titre et conformément aux dispositions de l'article L. 111-10 du Code des assurances, l'assureur vérifie la validité de cette adresse de courrier électronique par l'envoi d'un e-mail à cette même adresse en invitant le souscripteur à cliquer sur un lien aux fins de validation.

Le souscripteur est informé que l'assureur reproduira cette vérification annuellement afin de lui permettre de poursuivre la communication dématérialisée avec le souscripteur et de considérer que ce moyen est adapté à la situation du souscripteur.

Ainsi, dans l'hypothèse où le souscripteur ne valide pas son adresse électronique lors de l'une de ces vérifications annuelles, il ne sera plus considéré par l'assureur comme éligible aux échanges dématérialisés. Il appartiendra alors au Souscripteur, soit de valider son adresse de courrier électronique conformément à la procédure décrite ci-avant, soit de contacter l'assureur pour la remise en place du service.

Il appartient au Souscripteur d'aviser immédiatement l'assureur de tout changement d'adresse e-mail.

Le souscripteur déclare et reconnaît en outre que tout écrit qui lui sera transmis par l'assureur sur support électronique sur le site Internet aura force probante de son envoi et de sa réception et pourra lui être valablement opposé par l'assureur.

Pour conserver un envoi postal, sans frais, le souscripteur pourra adresser sa demande par courrier, en indiquant son identifiant personnel ainsi que son adresse e-mail, à Swiss Life – Service support papier – 1, rue du Maréchal de Lattre de Tassigny – 59671 Roubaix Cedex 1.

27.2 Opérations transmises par voie électronique (« opérations en ligne »)

Durant la durée de son contrat, le souscripteur a la faculté de demander certaines opérations par le site Internet : <http://www.swisslife.fr> au travers de son espace client sécurisé.

Le site mis à disposition du souscripteur lui permet d'effectuer des demandes d'opérations. Les demandes ou les validations du souscripteur sur le site sont transmises directement par voie électronique à l'assureur ; l'assureur les exécute comme demandes d'opérations du souscripteur, dans les délais éventuellement prévus au contrat, courant à compter de la demande ou de la validation du souscripteur. Ces demandes et validations sont, aux termes du présent contrat, des opérations en ligne. Cette possibilité n'est ouverte qu'après l'expiration du délai de renonciation mentionné dans la demande de souscription.

Les opérations en ligne sont réservées aux souscripteurs majeurs et juridiquement capables. Elles ne sont pas accessibles aux co-souscripteurs. Elles ne sont pas accessibles non plus si le contrat est nanti ou fait l'objet d'une délégation.

Certains actes, notamment l'acceptation par le bénéficiaire, ne pourront être faits en Ligne. Les opérations concernées seront alors transmises uniquement sur support papier et par voie postale.

En cas de suspension ou de suppression de l'accès à l'une des opérations en ligne, le souscripteur transmettra ses instructions de gestion sur support papier et par voie postale.

Toute demande d'opération reçue par l'assureur, par voie électronique ou sur support papier, dès lors qu'elle entre dans les conditions du contrat d'assurance, est mise à exécution. Cette exécution sera considérée comme parfaite et ne pourra engager la responsabilité de l'assureur.

Le souscripteur reconnaît de manière expresse et irrévocable que le recours aux opérations en ligne ne constitue pas une condition essentielle et déterminante de sa souscription au contrat.

Toute opération demandée en ligne par le souscripteur donne lieu à l'envoi à celui-ci d'un courrier électronique (e-mail), dans les 12 heures.

Le souscripteur sera réputé de convention expresse et irrévocable, avoir pris connaissance de manière incontestable dudit message du seul fait de son expédition à l'adresse e-mail connue de l'assureur.

À défaut de réception de ce courrier électronique dans les 12 heures de la demande d'opération, le souscripteur doit immédiatement en informer l'assureur en précisant les informations qui ont été saisies sur le site de son conseiller ; l'assureur s'engage, dans ce cas, à effectuer une vérification dans le système d'information et à envoyer un mail au souscripteur l'informant de la situation de sa demande. Le souscripteur doit également faire part immédiatement à l'assureur de toute anomalie. À défaut, toute conséquence directe ou indirecte d'une inexécution ou d'une erreur dans l'exécution ne pourrait être opposée à l'assureur.

Pour informer l'assureur, le souscripteur adressera un e-mail à l'adresse suivante : contact.serviceclients@swisslife.fr.

27.3 Dispositions diverses

Le souscripteur est informé que les dispositions relatives notamment aux conditions d'accès au site, d'attribution des identifiants et mot de passe dans le cadre de la dématérialisation et aux opérations en ligne figurent dans les conditions générales d'utilisation dont le souscripteur est tenu de prendre connaissance et d'accepter les termes lors de sa première connexion au site.

Article 28 – La prescription

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

Articles L. 114-1

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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

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

Causes ordinaires d'interruption

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

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

Article 2240 du Code civil

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

Demande en justice

Article 2241 du Code civil

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

Article 2242 du Code civil

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

Article 2243 du Code civil

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

Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

Article 2244 du Code civil

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

Étendue de la prescription quant aux personnes

Article 2245 du Code civil

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui

contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire

ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246 du Code civil

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

Les causes de report du point de départ ou les causes de suspension de la prescription visées à l'article L. 114-3 du Code des assurances sont énumérées aux articles 2233 à 2239 du Code civil reproduits ci-après dans leur version en vigueur au 1^{er} janvier 2020 :

Article 2233 du Code civil

La prescription ne court pas :

1. à l'égard d'une créance qui dépend d'une condition, jusqu'à ce que la condition arrive ;
2. à l'égard d'une action en garantie, jusqu'à ce que l'éviction ait lieu ;
3. à l'égard d'une créance à terme, jusqu'à ce que ce terme soit arrivé.

Article 2234 du Code civil

La prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

Article 2235 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre les mineurs non émancipés et les majeurs en tutelle, sauf pour les actions en paiement ou en répétition des salaires, arrérages de rente, pensions alimentaires, loyers, fermages, charges locatives, intérêts des sommes prêtées et, généralement, les actions en paiement de tout ce qui est payable par années ou à des termes périodiques plus courts.

Article 2236 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue entre époux, ainsi qu'entre partenaires liés par un pacte civil de solidarité.

Article 2237 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre l'héritier acceptant à concurrence de l'actif net, à l'égard des créances qu'il a contre la succession.

Article 2238 du Code civil

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir

à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois. En cas d'échec de la procédure prévue au même article, le délai de prescription recommence à courir à compter de la date du refus du débiteur, constaté par l'huissier, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois.

Article 2239 du Code civil

La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée.

Ces différents articles peuvent évoluer en cours de vie du contrat. Ces articles sont disponibles à la rubrique « Les codes en vigueur » du site Internet du service public de la diffusion du droit (<http://www.legifrance.gouv.fr>) ou sur simple demande écrite auprès de l'assureur.

Article 29 – La subrogation

Conformément aux articles L. 121-12 et L. 131-2 du Code des assurances, l'assureur est subrogé dans les droits du bénéficiaire des prestations, pour exercer son recours, en cas de sinistre, contre les tiers responsables jusqu'à concurrence des prestations et indemnités versées en application de cette adhésion.



*Nous permettons à chacun
de vivre selon ses propres choix.*

*SwissLife Assurance
et Patrimoine*

Siège social :

7, rue Belgrand

92300 Levallois-Perret

SA au capital social

de 169 036 086,38 €

Entreprise régie par

le Code des assurances

341 785 632 RCS Nanterre

www.swisslife.fr

agée Promotion

Société de courtage d'assurances

Garantie financière et assurance

de responsabilité civile

professionnelle

Conformes aux dispositions

du Code des assurances

30, rue Olivier Noyer

75014 Paris

SA au capital de 40 000 euros

RCS Paris B331 270 074

N° Orias : 07004811