

CONDITIONS GENERALES

Contrat individuel : CG/HA/GALIANCE/10.2015
Mise à jour à effet du 01.01.2017

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat a pour objet de garantir en cas de décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Incapacité Temporaire ou Permanente de Travail, selon les options qu'il a choisies.

« Galiance » est un produit assuré par Humanis Assurances - Société Anonyme au capital de 13 565 655 Euros entièrement libéré - Entreprise régie par le Code des Assurances - RCS Paris 447 883 661 - Siège social : 29, boulevard Edgar Quinet, 75014 Paris, dénommée ci-après « l'Assureur ».

Le présent contrat est composé :

- des présentes Conditions Générales référencées « CG/HA/GALIANCE/10.2015 » et ses dispositions annexées,
- de la Demande de Souscription remplie et signée par le souscripteur,
- et du Certificat d'Adhésion émis par l'Assureur.

Il est régi par le Code des Assurances.

ARTICLE 2 – DÉFINITIONS

Accident : l'accident s'entend de l'effet soudain, violent et involontaire d'une cause extérieure provoquant sur la personne physique du souscripteur une atteinte ou lésion corporelle.

Ayant droit : l'ayant droit s'entend de la personne qui possède un droit sur le patrimoine du souscripteur en cas de décès de celui-ci.

Bénéficiaire : est considéré comme bénéficiaire la personne qui recevra la prestation due par l'Assureur en cas de réalisation d'un risque garanti par le présent contrat.

Concubin : le concubin du souscripteur est assimilé au conjoint sous réserve qu'ils ne soient mariés ni l'un ni l'autre, qu'ils vivent sous le même toit et que le concubinage soit notoire et permanent jusqu'à la date de l'événement : sa durée doit être d'au moins deux ans, excepté si un enfant est né de cette union libre.

Délai d'attente : on appelle délai d'attente la période suivant la date d'effet du contrat pendant laquelle le souscripteur cotise sans pouvoir bénéficier des prestations prévues par le présent contrat.

Enfant à charge : est considéré comme enfant à charge

- l'enfant du souscripteur, de son conjoint, de son Partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ou de son concubin, s'il est effectivement à charge du membre participant, c'est à dire si celui-ci pourvoit à ses besoins et assure son entretien, à la date du sinistre et s'il remplit l'une des conditions suivantes:
 - être âgé de moins de 18 ans, non salarié, ayant la qualité d'ayant droit au sens de la Sécurité Sociale du souscripteur, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS,
 - être âgé de moins de 21 ans, non salarié, bénéficiant d'une immatriculation en propre en tant qu'assuré du régime de Sécurité sociale et reconnu à charge par l'administration fiscale du souscripteur,
 - ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 25 ans s'il bénéficie d'un contrat en alternance, et que ses ressources n'excèdent pas 55 % du SMIC,
 - ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 25 ans s'il bénéficie d'un contrat de professionnalisation et que ses ressources n'excèdent pas 80 % du SMIC,
 - ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 26 ans et être atteint d'une infirmité permanente l'empêchant de se livrer à une quelconque activité rémunératrice, et que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21^{ème} anniversaire,
 - ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 28 ans s'il est non salarié, reconnu à charge par l'administration fiscale ou non imposable et s'il justifie de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé,
- l'enfant, s'il remplit l'une des conditions énumérées ci-dessus, au titre duquel le souscripteur verse une pension alimentaire,
- l'enfant légitime à naître au moment du décès du souscripteur. Ne peut être considéré comme enfant légitime à naître que l'enfant qui est né, viable, dans les 300 jours du décès du souscripteur.

Franchise : la franchise s'entend de la période d'arrêt de travail continu se situant entre le point de départ de l'arrêt de travail et le point de départ de la garantie.

Garantie : elle correspond à l'engagement de l'Assureur de verser une prestation si le souscripteur est victime d'un sinistre.

PACS (partenaire lié par un) : désigne une personne liée par un Pacte Civil de Solidarité au souscripteur. Cette personne est assimilée au conjoint à condition que l'enregistrement du PACS date d'au moins deux ans au moment du sinistre, excepté si un enfant est né de cette union.

Point de retraite AGIRC : c'est le point servant au calcul des retraites "cadres", dont la valeur est établie par l'Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres (AGIRC).

Prestation : elle correspond à l'exécution de la garantie par l'Assureur.

Risque : le risque est un événement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté du souscripteur ou du bénéficiaire.

Souscripteur : le souscripteur est la personne qui souscrit le contrat et dont la Demande de Souscription a été acceptée par l'Assureur. Par principe, le souscripteur est l'assuré au titre du présent contrat, c'est-à-dire la personne physique sur laquelle reposent les garanties souscrites.

Sinistre : le sinistre correspond à la réalisation du risque.

TITRE I - SOUSCRIPTION DU CONTRAT

ARTICLE 3 – CONDITIONS ET FORMALITES DE LA SOUSCRIPTION

La souscription du présent contrat est réservée aux salariés en activité, cadres ou non cadres, obligatoirement âgés au 1^{er} janvier de l'année d'effet du contrat de 18 ans au moins et :

- **de moins de 60 ans** au titre des garanties Décès, Décès accidentel, Rente éducation et Rente de Conjoint,
- **de moins de 55 ans** au titre de la garantie Arrêt de Travail.

La souscription du contrat concerne les personnes n'étant pas en incapacité temporaire ou permanente de travail à la date de souscription. Le congé de maternité n'est pas assimilé à un arrêt de travail.

Le demandeur désirant souscrire la garantie Arrêt de travail doit être affilié à un régime de Sécurité sociale français.

Pour bénéficier de la ou des garanties, le demandeur doit remplir et signer la Demande de Souscription au contrat et y indiquer notamment :

- le montant du capital Décès choisi conformément aux dispositions prévues à l'article 7.2,
- les garanties optionnelles qu'il retient.

Par la signature de la Demande de Souscription, le demandeur reconnaît avoir préalablement reçu et pris connaissance du présent contrat (la Demande de Souscription et les présentes Conditions Générales).

La Demande de Souscription doit être accompagnée du formulaire « Mandat SEPA », si le prélèvement automatique est retenu comme mode de paiement des cotisations, et du versement par chèque d'un mois de cotisations.

La Déclaration de Bonne Santé ou le Questionnaire de Santé, fonction de l'âge du demandeur et du montant des garanties souhaitées, doit être complété et transmis, sous pli confidentiel, à l'attention du médecin-conseil de l'Assureur.

L'examen de la Déclaration de Bonne Santé et/ou du Questionnaire de Santé par le médecin conseil de l'Assureur entraînera soit l'acceptation médicale, soit le refus médical. S'il y a lieu, pour se prononcer sur l'acceptation médicale, le médecin-conseil de l'Assureur se réserve le droit de demander tout document ou examen complémentaire dont elle assume le coût.

ARTICLE 4 – PRISE D'EFFET DU CONTRAT – DELAI D'ATTENTE

4.1 Prise d'effet du contrat

L'acceptation de la Demande de Souscription est effective par l'envoi par l'Assureur d'un Certificat d'Adhésion mentionnant la date de prise d'effet et les caractéristiques du contrat.

Sous réserve du paiement de la première cotisation, le contrat prend effet le 1^{er} jour du mois civil suivant la date de réception de la Demande de Souscription par l'Assureur ou à la date d'effet souhaitée par le demandeur si celle-ci est postérieure.

En tout état de cause, seule la date d'effet figurant sur le Certificat d'Adhésion fait foi entre les parties.

Le demandeur acquiert alors la qualité de membre participant.

En cas de refus, celui-ci sera notifié par courrier adressé par l'Assureur au demandeur. La Demande de Souscription ne prend pas effet.

4.2 Délais d'attente

- **Sont garantis, dès la date de prise d'effet du contrat, l'incapacité de travail, l'invalidité ou le décès du souscripteur, résultant d'un accident survenant à compter de cette date.**
- **L'incapacité de travail, l'invalidité ou le décès résultant d'une maladie sont garantis dès lors que l'origine de cette maladie ou la date de sa première constatation médicale se situe à l'issue d'une période de 3 mois suivant la prise d'effet de la garantie concernée.**

Ce délai est porté à 12 mois en ce qui concerne les sinistres Incapacité de travail et Invalidité résultant :

- **des troubles psychopathologiques suivants : troubles neuro-psychiques, maladies psychiatriques, dépressions nerveuses et états dépressifs ;**
- **de lombalgies, de dorsalgies, de cervicalgies.**

Au-delà de ce délai de 12 mois, la durée de l'indemnisation en cas d'arrêt de travail est limitée à 360 jours, épuisée en un ou plusieurs arrêts de travail, sur toute la durée du contrat. Ce crédit d'indemnisation s'applique et s'apprécie séparément pour chacun des deux groupes de pathologies précitées.

- **Aucun délai d'attente n'est appliqué aux souscripteurs précédemment titulaires de garanties de Prévoyance offrant un niveau équivalent de couverture et qui produisent à cet effet un certificat de radiation du précédent organisme et tout document contractuel relatif aux garanties antérieurement souscrites.**
- **Tout arrêt de travail, tout décès ou toute perte totale et irréversible d'autonomie survenant pendant le(s) délai(s) d'attente et n'ayant pas pour origine un accident ne sera pas pris en charge.**

ARTICLE 5 – RENONCIATION

Le souscripteur dispose d'un délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus, à compter de la réception du certificat d'adhésion, pour annuler le présent contrat par lettre recommandée avec avis de réception, à adresser au Centre de gestion dont les coordonnées figurent sur la lettre de confirmation de la souscription du contrat.

Dans les 30 jours suivant la date de réception de cette lettre, les cotisations payées sous déduction des prestations éventuellement versées seront intégralement remboursées par l'Assureur au souscripteur.

Un projet de lettre destiné à faciliter l'exercice de cette faculté de renonciation figure ci-après :

« Je, soussigné(e)..... domicilié(e)..... déclare renoncer au contrat Galiance souscrit à effet du .../.../... et demande le remboursement de la cotisation versée, soit euros, sous déduction des prestations éventuellement versées, dans le délai de 30 jours prévu par la loi.» Fait à, le, (signature).

ARTICLE 6 – DUREE, RENOUVELLEMENT, CESSATION DU CONTRAT ET TERME DES GARANTIES

6.1 Durée, renouvellement et cessation du contrat

Le présent contrat se termine le **31 décembre** de l'année au cours de laquelle il a pris effet. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction d'année en année, sauf résiliation par le souscripteur ou l'Assureur.

6.2 Cessation du contrat

Le contrat peut ainsi cesser :

• à la demande du souscripteur :

- au 31 décembre de chaque année, par lettre recommandée avec avis de réception, sous réserve que cette demande soit adressée à l'Assureur au plus tard le 31 octobre, L'Assureur peut dans les mêmes conditions, pendant les deux premières années du contrat, mettre fin à celui-ci à l'échéance annuelle.
- en cours d'année si le souscripteur justifie être couvert au titre d'un contrat groupe obligatoire Prévoyance, par la fourniture d'une attestation établie par le nouvel organisme complémentaire. Auquel cas, le présent contrat cesse au 1^{er} jour du mois civil suivant la notification de la dénonciation. Les cotisations versées par avance correspondant à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation sont remboursées,

La dénonciation par le souscripteur de son contrat est définitive, de telle sorte qu'il ne pourra plus souscrire le présent contrat, sauf dérogation accordée par l'Assureur.

• à la demande de l'Assureur :

- **en cas de non-paiement de la cotisation**, selon les dispositions prévues à l'article 23.
- **à titre exceptionnel**, le souscripteur ou l'Assureur peut résilier le contrat en cours d'année lorsque celui-ci a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouve pas dans la situation nouvelle; éventuellement en cas de survenance de l'un des évènements suivants :
 - domiciliation à l'étranger,
 - changement de profession,
 - retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.

La résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'évènement ou la date de sa révélation.

La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

L'Assureur rembourse au souscripteur la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

• en cas de décès du souscripteur.

La demande de résiliation doit être adressée à l'Assureur par lettre recommandée.

6.3 Terme des garanties

Outre les cas de cessation du contrat visés à l'article 6.2, les garanties cessent :

- au titre de la garantie Capital Décès « Toutes Causes » et de son option Capital Décès par accident et des garanties facultatives Rente Education et Rente de Conjoint :

à la fin de l'année civile au cours de laquelle le souscripteur a liquidé sa pension de vieillesse à taux plein auprès du régime de base de la Sécurité sociale et en tout état de cause au plus tard à la fin de l'année civile au cours de laquelle le souscripteur atteint l'âge de **65 ans**.

- Au titre de la garantie Arrêt de Travail :

à la veille de la date à laquelle le souscripteur peut faire valoir ses droits à la pension de vieillesse à taux plein auprès du régime de base de la Sécurité sociale et en tout état de cause au plus tard à la fin de l'année civile au cours de laquelle le souscripteur atteint l'âge de **60 ans**.

ARTICLE 7 – OBLIGATIONS DECLARATIVES ET NULLITE DU CONTRAT

L'Assureur fonde ses engagements sur les déclarations du souscripteur.

Le souscripteur s'engage à déclarer à tout changement de situation professionnelle (statut ou profession exercée) dans le mois qui suit ce changement.

Conformément à l'article L.113-8 du Code des Assurances, lorsque la réticence ou la fausse déclaration intentionnelle du souscripteur change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par le souscripteur a été sans influence sur la réalisation du risque, l'adhésion sera nulle et les cotisations versées resteront acquises à l'Assureur, à titre de dommages et intérêts.

Conformément à l'article L.113-9 du Code des Assurances, si le souscripteur adresse des informations erronées portant sur la date, les circonstances du sinistre, sur son activité professionnelle ou le montant de ses revenus, si l'Assureur constate l'omission ou la fausse déclaration avant tout sinistre, il pourra :

- soit maintenir le contrat moyennant une augmentation des cotisations acceptée par le souscripteur. Dans ce cas, le contrat se poursuit.
- soit résilier le contrat dix jours après notification adressée au souscripteur par lettre recommandée avec **Accusé de Réception**.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après le sinistre, l'Assureur peut être amenée à réduire le montant de la prestation au vu des nouvelles informations constatées. L'Assureur se réserve la possibilité de poursuivre le recouvrement des prestations indûment versées.

Toutefois, conformément à l'article L.132-26 du Code des Assurances, l'erreur sur l'âge du souscripteur n'entraîne la nullité du contrat que lorsque son âge véritable se trouve, lors de la souscription du contrat, en dehors des limites fixées à l'article 3. Dans tout autre cas si, par suite d'une erreur de ce genre, la cotisation payée est inférieure

à celle qui aurait dû être acquittée, le montant garanti est réduit en proportion de la cotisation perçue et de celle qui aurait correspondu à l'âge véritable du souscripteur. Si la cotisation payée est supérieure à celle qui aurait dû être acquittée, l'Assureur est tenu de restituer la portion de cotisation qu'il a reçue en trop sans intérêt.

ARTICLE 8 – CHOIX ET CHANGEMENT DE GARANTIES

Le souscripteur choisit obligatoirement la garantie Capital Décès « Toutes Causes » à laquelle peut s'ajouter l'option Capital Décès par accident.

Il peut également souscrire en tout ou partie les garanties facultatives suivantes :

- **Rente Education,**
- **Rente de Conjoint,**
- **Arrêt de travail** qui comporte :
 - les garanties indissociables Incapacité Temporaire de Travail et Invalidité,
 - et l'option dite de rachat de franchise Hospitalisation.

Le souscripteur bénéficie, au titre de la garantie Arrêt de travail souscrite, de l'exonération du paiement des cotisations selon les conditions posées à l'article 17.

Les garanties choisies par le souscripteur figurent sur le Certificat d'Adhésion. Seul ce Certificat d'Adhésion fait foi entre les parties.

Le souscripteur peut demander, quel que soit son âge, une diminution de ses garanties (montant garanti, augmentation de la franchise, résiliation d'une ou de plusieurs garanties optionnelles), sous réserve d'en formuler la demande auprès de l'Assureur avant le 31 octobre pour une prise d'effet au 1^{er} janvier suivant.

Cette modification fera l'objet d'un avenant.

La résiliation de la garantie Décès implique obligatoirement la résiliation du contrat à la même date.

S'il est âgé de moins de 55 ans, le souscripteur peut également demander une augmentation de ses garanties (montant garanti, diminution de la franchise ou nouvelle(s) garantie(s)).

La demande sera alors soumise aux mêmes conditions d'acceptation ou de refus médical qu'une nouvelle souscription de contrat.

En cas d'acceptation médicale, l'Assureur émet un Certificat d'Adhésion mentionnant les caractéristiques et la date de prise d'effet de l'augmentation ou des nouvelles garanties, fixée au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant l'acceptation médicale. En cas de défaut de paiement des cotisations, la date de prise d'effet sera reportée au 1^{er} jour du mois civil suivant la date effective du paiement de celles-ci.

Les délais d'attente visés à l'article 4.2 sont applicables sur le complément en cas d'augmentation de garantie ou sur la nouvelle garantie souscrite.

TITRE II - GARANTIES

ARTICLE 9 – CAPITAL DECES « TOUTES CAUSES »

9.1 Définition et conditions de la garantie

En cas de décès du souscripteur, l'Assureur verse, au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) défini(s) à l'article 9.2, le capital dont le montant choisi par le souscripteur figure sur le Certificat d'Adhésion.

9.2 Bénéficiaires de la garantie

Le(s) bénéficiaire(s) du capital sont, à défaut de désignation personnalisée du bénéficiaire, ou si la désignation est devenue caduque ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés :

- le conjoint survivant du souscripteur à condition qu'il ne soit pas séparé de corps judiciairement au moment du décès, ou le partenaire du souscripteur lié par un PACS à condition qu'il ne soit pas séparé au moment du décès ou le concubin du souscripteur,
- à défaut les enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, à charge ou non, du souscripteur, par parts égales entre eux,
- à défaut le père et la mère du souscripteur par parts égales entre eux ou le survivant d'entre eux,
- à défaut les héritiers du souscripteur par parts égales entre eux, y compris ceux ayant renoncé à la succession.

Au moment ou au cours du contrat, le souscripteur peut, s'il le souhaite, désigner toute autre personne ou fixer un ordre d'attribution et de partage du capital différent, grâce à un formulaire particulier à demander auprès de l'Assureur. Les coordonnées du ou des bénéficiaires nommément désignés peuvent y être portées afin de permettre à l'Assureur de le(s) contacter en cas de décès.

La désignation du ou des bénéficiaires peut également être effectuée par acte sous seing privé ou par acte authentique.

A tout moment du contrat, le souscripteur peut modifier sa désignation notamment si celle-ci n'est plus appropriée (sauf changement de situation familiale du souscripteur, naissance...) percevoir si le bénéficiaire a reconnu par écrit accepter de percevoir le capital, avec l'accord du souscripteur. Dans ce dernier cas, la désignation faite à son profit devient irrévocable (excepté dans les cas légaux).

La désignation est caduque en cas de changement de situation matrimoniale par suite notamment d'un mariage, remariage, d'une séparation de corps ou d'un divorce, sauf si le souscripteur a expressément déclaré qu'elle serait maintenue en dépit de ce changement ou si le bénéficiaire avait antérieurement accepté la désignation faite à son profit, avec l'accord du souscripteur. Dans ce dernier cas, la désignation faite à son profit devient irrévocable (excepté dans les cas légaux).

Cas particuliers :

- au cas où le bénéficiaire désigné est un organisme prêteur, le capital décès lui sera versé à hauteur du prêt restant dû, le solde revenant aux autres bénéficiaires.
- en cas de décès du souscripteur et du ou des bénéficiaires au cours d'un même événement, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, le souscripteur est présumé avoir survécu le dernier.

9.3 Montant de la garantie

Le montant du capital doit être au moins égal à **10 000 euros** avec augmentation possible par tranche de 10 000 euros sans pouvoir excéder un capital fixé à **200 000 euros**.

Lorsque la garantie Arrêt de travail a été souscrite, le montant du capital ne peut être inférieur à 500 fois le **montant de l'indemnité journalière choisie**.

ARTICLE 10 – CAPITAL DECES PAR ACCIDENT

10.1. Définition et conditions de la garantie

Si le souscripteur a choisi cette garantie, l'Assureur verse, en cas de décès du souscripteur consécutif à un accident, un capital supplémentaire au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) tel(s) que défini(s) à l'article 9.2 à condition :

- que le décès accidentel survienne dans un délai maximum d'un an à compter de la date de l'accident, des suites des blessures ou lésions constatées à cette occasion,
- et que le contrat souscrit soit toujours en vigueur.

La preuve de la relation directe entre l'accident et le décès ainsi que la preuve de la nature de l'accident incombent au(x) bénéficiaire(x) du capital décès.

10.2 Montant de la garantie

Le capital complémentaire est égal à la moitié du Capital Décès « Toutes Causes » défini à l'article 9.1.

ARTICLE 11 – PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) du souscripteur ouvre droit au paiement par anticipation :

- du Capital Décès « Toutes Causes » défini à l'article 9, et, selon les garanties facultatives choisies :
 - du Capital Décès par accident défini à l'article 10,
 - de la Rente Education Progressive définie à l'article 12,
 - de la Rente de Conjoint définie à l'article 13

sous réserve qu'à la date de la reconnaissance par la Sécurité sociale de l'invalidité ou de l'incapacité permanente définies à l'alinéa ci-dessous, le contrat souscrit soit toujours en vigueur.

La PTIA du souscripteur s'entend de :

- la reconnaissance, par la Sécurité sociale, d'une invalidité de 3^{ème} catégorie ou d'une incapacité permanente d'un taux de 100 % au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles,
- se produisant avant le 60^{ème} anniversaire de celui-ci,
- le mettant définitivement dans l'incapacité de se livrer à la moindre activité rémunératrice,
- l'obligeant à recourir, sa vie durant, à l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

La prestation est due à compter de la consolidation de la PTIA.
Ce versement met fin aux garanties Capital Décès « Toutes Causes », Capital Décès par accident, Rente Education et Rente de Conjoint.

Le bénéficiaire des prestations versées par anticipation en cas de PTIA du souscripteur est le souscripteur lui-même.

ARTICLE 12 – RENTE EDUCATION PROGRESSIVE

12.1 Définition et conditions de la garantie

Si le souscripteur a choisi cette garantie, l'Assureur verse au bénéfice de l'ensemble des enfants à charge du souscripteur, en cas de décès de ce dernier, une rente éducation dont le montant annuel choisi figure sur le Certificat d'Adhésion.

12.2 Montant de la garantie

Le montant annuel des rentes doit être au moins égal à **1 000 euros** avec augmentation possible par tranche de **1 000 euros** sans pouvoir excéder un montant annuel de rente de **30 000 euros**.

Il s'agit d'une garantie familiale, prévue pour l'ensemble des enfants à charge (montant familial divisé par le nombre d'enfants à charge). La rente est calculée et partagée entre chaque enfant à charge au moment du décès du souscripteur. Ainsi, le montant attribué à chaque enfant à charge ne sera pas révisé même si l'un des enfants cesse d'être à charge postérieurement au décès du souscripteur ou venait lui-même à décéder.

12.3 Versement des rentes

Les rentes éducation sont versées à chaque enfant à charge ou s'il est mineur, à son représentant légal. Si le représentant légal n'est pas une personne physique, les prestations sont bloquées sur un compte particulier jusqu'à la majorité de l'enfant, les démarches d'ouverture de ce compte étant à la charge de la personne morale. Elles sont dues au lendemain du décès du souscripteur et cessent :

- **au dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'enfant cesse d'être considéré à charge au sens des présentes Conditions Générales ;**
- **et en tout état de cause au dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'enfant atteint son 25^{ème} anniversaire.**

Les rentes sont payables trimestriellement à terme échu les 1^{er} avril, 1^{er} juillet, 1^{er} octobre et 1^{er} janvier. Le premier versement comprend le montant couru depuis le lendemain du décès du souscripteur.

ARTICLE 13 – RENTE DE CONJOINT

13.1 Définition et conditions de la garantie

Si le souscripteur a choisi cette garantie, l'Assureur verse au conjoint du souscripteur, en cas de décès de ce dernier, une rente de conjoint viagère dont le montant annuel choisi figure sur le Certificat d'Adhésion.

La garantie est accordée à condition que :

- le conjoint ne soit pas séparé de corps judiciairement au moment du décès ou que le partenaire lié par un PACS ou le concubin ne soit pas séparé au moment du décès ;
- que la durée du concubinage notoire et permanent ou de l'enregistrement du PACS soit d'au moins deux ans.

13.2 Montant de la rente

Le montant annuel de la rente doit être au moins égal à **1 500 euros** avec augmentation possible par tranche de **1 500 euros** sans pouvoir excéder un montant annuel de rente de **30 000 euros**.

13.3 Versement de la rente

La rente de conjoint est due au lendemain du décès du souscripteur et est versée viagèrement c'est-à-dire tant que le bénéficiaire est en vie.

Elle est payable trimestriellement à terme échu, les 1^{er} avril, 1^{er} juillet, 1^{er} octobre et 1^{er} janvier. Le premier versement comprend le montant couru depuis le lendemain du décès du souscripteur.

ARTICLE 14 – GARANTIES ARRET DE TRAVAIL

14.1 Paiement des cotisations

Si le souscripteur a choisi cette garantie, il bénéficie :

- des garanties indissociables Incapacité Temporaire de Travail et Invalidité selon les conditions définies aux articles 15 et 16,
- de l'exonération du paiement des cotisations selon les conditions définies à l'article 17,
- d'une franchise réduite en cas d'hospitalisation selon les conditions définies à l'article 15.2, sous réserve d'avoir retenu cette option.

ARTICLE 15 – INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

15.1 Définitions et conditions de la garantie

Si le souscripteur a choisi cette garantie, l'Assureur verse, en cas d'incapacité temporaire de travail du souscripteur, une prestation dénommée indemnité journalière dont le montant figure sur le Certificat d'Adhésion. Est considéré en état d'incapacité temporaire de travail donnant lieu au service de prestations, le souscripteur qui, suite à une maladie ou à un accident, se trouve, temporairement et totalement, inapte à l'exercice de son activité professionnelle et qui perçoit des indemnités journalières de la Sécurité Sociale :

- soit au titre de l'assurance maladie,
- soit au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles.

Le versement des prestations ne débute qu'à l'issue d'une période de franchise continue figurant sur le Certificat d'Adhésion, choisie par le souscripteur parmi les durées suivantes :

15 jours - 30 jours - 45 jours - 60 jours - 90 jours - 180 jours.

L'Assureur ne verse ses prestations que si la durée totale de l'incapacité de travail, sans interruption, dépasse la période de franchise.

15.2 Rachat de franchise Hospitalisation

Le souscripteur peut opter pour le rachat de franchise dit « Hospitalisation » s'il a retenu la franchise 15 jours ou 30 jours. Si le souscripteur a choisi cette option, l'Assureur lui verse, **en cas d'hospitalisation continue supérieure à 3 jours durant la période de franchise, les indemnités journalières dès le 1^{er} jour d'hospitalisation.** La franchise de 15 ou 30 jours n'est pas appliquée.

Le service des prestations se poursuit à l'issue de la période d'hospitalisation si le souscripteur se trouve toujours à cette date en incapacité temporaire de travail, et jusqu'au terme visé à l'article 15.5.

15.3 Rechute

En cas de survenance après une reprise de travail de moins deux mois d'une incapacité temporaire de travail ayant pour origine une cause identique à une incapacité temporaire de travail indemnisée par l'Assureur, il n'est pas fait application de la(des) franchise(s) susvisée(s). Les indemnités sont calculées sur les mêmes bases qu'à la date du premier arrêt de travail.

15.4 Montant de l'indemnité journalière

Le montant de l'indemnité journalière doit être compris **entre 10 euros et 200 euros par tranche de 5 euros**, sans pouvoir excéder la 365^{ème} partie du traitement annuel net du souscripteur y compris les prestations du régime obligatoire.

L'Assureur se réserve le droit de contrôler auprès du souscripteur, notamment d'après les avis d'imposition, si le montant choisi ne lui procure pas un revenu supérieur.

15.5 Versement des indemnités journalières

Les prestations sont payables sur présentation et après acceptation du dossier complet défini à l'annexe 1 comportant notamment un certificat médical établi par le médecin traitant du souscripteur et les décomptes originaux d'indemnités journalières établis par la Sécurité sociale au fur et à mesure de leur réception par l'Assureur.

Elles cessent d'être servies au titre de l'Incapacité Temporaire de Travail :

- dès que la Sécurité sociale cesse de verser ses indemnités journalières,
- ou dès que le souscripteur reprend son activité professionnelle, même à temps partiel,
- au plus tard, **au terme d'une période de 1095 jours** qui suit l'arrêt de travail.

et en tout état de cause :

- à la veille de la date à laquelle le souscripteur est reconnu en état d'invalidité permanente (totale ou partielle),
- à la veille de la date à laquelle le souscripteur peut faire valoir ses droits à la pension de vieillesse à taux plein avant l'âge de 60 ans auprès du régime de base de la Sécurité sociale. A cet effet, le souscripteur fournit à l'Assureur un certificat de sa caisse de retraite obligatoire fixant cette date. A défaut, la prestation cessera à la date anniversaire des 60 ans du souscripteur,
- et au plus tard à la fin de l'année civile au cours de laquelle le souscripteur atteint l'âge de **60 ans**.

ARTICLE 16 – INVALIDITE

16.1 Définitions et conditions de la garantie

En cas d'invalidité du souscripteur, l'Assureur lui verse une prestation sous forme de rente, sous réserve d'un éventuel contrôle médical dans les conditions définies à l'article 27.

Est considéré en état d'invalidité donnant lieu au service de prestations par l'Assureur, le souscripteur qui, suite à une maladie ou un accident, se trouve, de manière définitive et permanente, inapte totalement ou partiellement à l'exercice de toute activité professionnelle et qui est admis au bénéfice de l'assurance Invalidité de la Sécurité sociale ou d'une rente d'incapacité permanente telle que prévue dans le Code de la Sécurité sociale.

Dans ce cas, une rente se substitue aux indemnités journalières versées jusqu'alors par l'Assureur et est servie dès la reconnaissance de l'invalidité ou de l'incapacité permanente de travail au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles par la Sécurité sociale, tant que les conditions pour en bénéficier se trouvent remplies.

16.2 Montant de la rente

Le montant de la rente annuelle de référence est égal à 365 fois le montant choisi par le membre participant au titre de l'indemnité journalière, conformément aux dispositions définies à l'article 15.4.

Le montant de la rente versée est fonction du classement du membre participant par la Sécurité sociale en 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie d'invalides tels que définis par l'article L.341-4 du Code de la Sécurité sociale ou du taux d'incapacité professionnelle attribué au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles :

CLASSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	MONTANT DE LA RENTE ANNUELLE VERSÉE EN % DE LA RENTE ANNUELLE DE RÉFÉRENCE
Rente d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie, Rente accident du travail ou maladie professionnelle d'un taux au moins égal à 66 %	100 %
Rente d'invalidité 1^{ère} catégorie Rente accident du travail ou maladie professionnelle d'un taux compris entre 33 % et 66 %	50 %
Rente accident du travail ou maladie professionnelle d'un taux inférieur à 33 %	Le versement de la rente est suspendu.

16.3 Versement de la rente

La rente d'invalidité est payable trimestriellement à terme échu, les 1^{er} avril, 1^{er} juillet, 1^{er} octobre et 1^{er} janvier, sur présentation du dossier complet défini à l'annexe 1.

Le premier versement comprend le montant des arrérages courus depuis la date de reconnaissance par la Sécurité sociale de l'invalidité ou de l'état d'incapacité permanente de travail au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles.

Le versement de la rente cesse :

- dès que le souscripteur reprend une activité professionnelle,
- dès que la Sécurité sociale cesse elle-même de verser une pension d'invalidité ou une rente au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles,
- à la date de conversion de la pension d'invalidité Sécurité sociale en pension de vieillesse allouée en cas d'inaptitude au travail,
- et en tout état de cause à la fin de l'année civile au cours de laquelle le souscripteur atteint l'âge de **60 ans**.

Si la rente de la Sécurité sociale est ou devient nulle, l'Assureur suspend ses prestations.

ARTICLE 17 – EXONERATION DES COTISATIONS

L'Assureur exonère du paiement des cotisations dues au titre de toutes les garanties souscrites, les souscripteurs percevant des prestations Incapacité Temporaire de Travail ou Invalidité définies ci-dessus, et **ce à compter du 1^{er} jour du mois civil suivant le 180^{ème} jour d'arrêt de travail**.

En cas de rechute dans les conditions prévues à l'article 15.3, il n'est pas fait application d'un nouveau délai de 180 jours.

L'exonération des cotisations est totale exceptée lorsque le souscripteur perçoit une rente d'invalidité partielle versée au titre d'une invalidité de 1^{ère} catégorie ou d'une incapacité permanente d'un taux compris entre 33% et 66%. Dans ce cas de figure, seule la moitié des cotisations dues est exonérée de paiement.

L'exonération cesse :

- au terme du service des prestations Incapacité Temporaire de Travail ou Invalidité mentionné aux articles 15.5 et 16.3,
- dans les cas de cessation des garanties Incapacité Temporaire de Travail et d'Invalidité prévus à l'article 6.3.

ARTICLE 18 – INDEXATION DES COTISATIONS ET DES GARANTIES

Le montant des garanties est indexé au 1^{er} janvier de chaque année sur l'évolution constatée au cours de la dernière période de décembre à décembre de la valeur de service du point de retraite de l'AGIRC.

La cotisation annuelle subit la même indexation, sans préjudice pour l'Assureur de réviser la cotisation, par application de l'article 24.

Les montants de garanties et de cotisations cessent d'être indexés au terme d'une période de 1 095 jours suivant le début de l'exonération totale ou partielle du paiement des cotisations définie à l'article 17. Dans la situation d'exonération partielle du paiement des cotisations, au terme de la période de 1095 jours précitée, l'indexation se poursuit sur la partie des garanties et des cotisations ne donnant pas lieu à exonération des cotisations.

ARTICLE 19 – REVALORISATION DES PRESTATIONS EN COURS DE SERVICE

Sont revalorisables les prestations en cours de service suivantes :

- Rentes Education,
- Rentes de Conjoint,
- Indemnités Journalières
- et Rentes d'Invalidité.

La revalorisation des prestations intervient au 1^{er} janvier de chaque année sur la base de l'évolution constatée au cours de la dernière période de décembre à décembre de la valeur de service du point de retraite de l'AGIRC.

La première revalorisation des prestations Rente Education et Rente de Conjoint intervient le 1^{er} janvier suivant la date anniversaire du sinistre générateur des prestations, sur la base du pourcentage d'augmentation de la valeur de service du point de retraite de l'AGIRC constaté entre le 31 décembre de l'exercice au cours duquel s'est produit le sinistre et le 1^{er} janvier suivant la date anniversaire précitée. La revalorisation de ces prestations se poursuit ensuite chaque 1^{er} janvier comme mentionné à l'alinéa précédent.

Le montant global des revalorisations est cependant limité aux résultats techniques de l'ensemble des contrats Galiace.

ARTICLE 20 – EXCLUSIONS

Ne donnent pas lieu aux garanties définies au présent contrat et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'Assureur, les sinistres qui résultent :

- 1. du suicide du souscripteur survenu dans la première année qui suit la date d'effet du contrat, ou qui suit l'augmentation de garantie pour le capital ou la rente complémentaire,**
- 2. d'accidents, blessures, mutilations ou maladies qui sont le fait volontaire du souscripteur,**
- 3. d'un fait intentionnellement causé ou provoqué par un bénéficiaire, en cas de Décès du souscripteur. Le capital ou les rentes seront toutefois versés :**
 - **aux autres bénéficiaires désignés sous déduction de la quote-part du (des) bénéficiaire(s) à l'origine du fait intentionnel,**

- ou aux bénéficiaires subséquents selon l'étude des désignations prévues dans la clause bénéficiaire, sur justification d'un jugement ayant autorité de la chose jugée déterminant toutes les responsabilités.

4. de faits de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, d'insurrections, d'attentats, d'actes de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroulent les faits et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que le souscripteur y prend une part active. Lorsque la France est partie belligérante, la prise en charge intervient dans les conditions définies par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre,

5. des conséquences de la participation volontaire et violente du souscripteur à des rassemblements, manifestations sur la voie publique, à des mouvements populaires, rixes, jeux et paris,

6. directement ou indirectement d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de l'atome.

Par ailleurs, outre ces exclusions, ne donnent pas lieu à majoration pour « Décès Accidentel » et à la garantie Arrêt de Travail et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'Assureur :

7. les sinistres consécutifs à l'éthylisme, ou s'il est révélé qu'au moment de l'accident, le souscripteur avait une concentration d'alcool dans le sang ou dans l'air expiré égale ou supérieure aux normes admises pour la conduite d'un véhicule sauf si le(s) bénéficiaire(s) apporte(nt) la preuve que cette concentration d'alcool n'a aucun lien de cause à effet avec la réalisation dudit accident,

8. les sinistres qui résultent de l'usage de stupéfiants, de tranquillisants ou de produits toxiques non prescrits médicalement,

9. de risques aériens se rapportant à des compétitions organisés dans un cadre officiel ou privé, démonstrations, acrobaties, tentatives de records, raids, vols d'essai, vols sur prototype, vols effectués avec un deltaplane ou un engin Ultra Léger Motorisé (ULM), sauts effectués avec un élastique, un parachute ou un parapente, ou avec tout autre matériel équivalent, s'ils ne sont pas homologués, vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valides,

10. de risques provenant de l'usage de véhicules à moteur, encourus à l'occasion de compétitions organisées dans un cadre officiel ou privé, de courses de rallyes de vitesse, démonstrations ou acrobaties,

Le fait que l'Assureur ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises ne saurait impliquer de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

ARTICLE 21 – MONTANT DES COTISATIONS

Les cotisations sont fonction du statut cadre ou non cadre du souscripteur, de la profession exercée et de la classe de risque tarifaire dans laquelle elle se situe (pour la garantie Arrêt de travail), de l'âge du souscripteur et du montant de la garantie choisie.

Le changement de statut ou de profession du souscripteur survenu en cours d'année est susceptible d'entraîner, au 1^{er} janvier suivant, une révision de la cotisation pour la garantie Arrêt de Travail.

De même, la nomenclature des classes de risques des professions est susceptible d'évolution chaque 1^{er} janvier. Les cotisations relatives aux garanties Arrêt de Travail du membre participant seront à cette date actualisées le cas échéant. Indépendamment des dispositions ci-dessus, de l'indexation visée à l'article 18 et de la possible révision des cotisations définie à l'article 24, la cotisation évolue au 1^{er} janvier de chaque année en fonction de l'âge atteint par le souscripteur à cette date. L'âge se calcule en faisant la différence entre l'année en cours et l'année de naissance du souscripteur.

ARTICLE 22 – PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations et, s'il y a lieu, les taxes y afférentes selon la réglementation en vigueur, sont payables d'avance selon les modalités fixées sur la Demande de Souscription et notamment par prélèvement automatique selon la périodicité retenue par le souscripteur. Si la date de souscription du contrat ne coïncide pas avec le 1^{er} janvier de l'année civile, les cotisations sont calculées au prorata du nombre de mois restant à courir jusqu'à la fin de l'exercice.

Tout mois commencé est dû intégralement.

En cas de décès du souscripteur, l'Assureur rembourse, prorata temporis, la partie de cotisation correspondant à la période d'assurance non courue postérieure au décès et ce, à compter du 1^{er} jour du mois civil qui suit la date de l'événement.

ARTICLE 23 – DEFAUT DE PAIEMENT DE COTISATIONS

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur au souscripteur.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisations, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

L'Assureur a le droit de résilier le contrat dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu au premier alinéa, à moins que le souscripteur n'apporte la preuve que le non-paiement était dû à un cas fortuit ou de force majeure.

Le contrat non résilié reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à l'Assureur les cotisations arriérées ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à l'échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement les frais de poursuites et de recouvrement (article L.113-3 du Code des Assurances).

ARTICLE 24 – REVISION DES COTISATIONS ET/OU DES GARANTIES

Les cotisations sont réexaminées par l'Assureur en fin d'année et peuvent être modifiées en fonction des résultats de l'ensemble des contrats Galiance.

Les cotisations et/ou les garanties peuvent également être modifiés à tout moment par l'Assureur en fonction notamment de l'évolution de la réglementation relative à la protection sociale et de celle relative à la fiscalité. La révision des cotisations et/ou des garanties fait l'objet d'un avenant signé par les parties au contrat.

TITRE IV - VERSEMENT DES PRESTATIONS

ARTICLE 25 – CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

25.1 Paiement des cotisations

Pour que le souscripteur puisse bénéficier des prestations, celui-ci doit avoir payé l'intégralité des cotisations et des sommes qu'il pourrait devoir au titre du contrat qu'il a souscrit.

25.2 Déclaration des sinistres

Les souscripteurs et plus généralement tous bénéficiaires des garanties sont tenus, pour bénéficier des prestations correspondant aux garanties du contrat, de fournir à l'Assureur les déclarations et pièces justificatives listées à l'annexe 1.

Toutes pièces médicales sont à transmettre sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil.

L'Assureur se réserve le droit de demander au souscripteur toute autre pièce justificative.

ARTICLE 26 – DELAIS DE DEMANDES DE PRESTATIONS

En cas d'arrêt de travail (pour les garanties Incapacités Temporaire de Travail, Garantie Relais et Frais Généraux Permanents) le souscripteur est tenu, pour bénéficier des prestations, de fournir à l'Assureur les déclarations et pièces justificatives listées à l'annexe 1 dans un délai de **8 jours** à compter de l'arrêt de travail.

A chaque prolongation d'arrêt de travail, le souscripteur doit adresser à l'Assureur dans les **3 jours** qui suivent les pièces listées en annexe 1.

Tout retard dans ces déclarations cause un préjudice à l'Assureur qui n'est pas en mesure de diligenter son contrôle médical. De ce fait, si ce délai n'est pas respecté, et sauf en cas de force majeure à justifier auprès de l'assureur, les prestations périodiques ne prennent effet au plus tôt qu'au lendemain de cette déclaration après expiration de la franchise applicable le cas échéant.

Pour la garantie Invalidité, le souscripteur doit envoyer lorsque son état sera consolidé, les pièces justificatives listées en annexe 1 dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui donne naissance à la demande de prestation (soit, selon les conditions posées à la mise en œuvre des garanties, à compter de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité, d'une rente d'incapacité permanente).

Au titre du risque décès, dans un délai maximum de dix ans suivant la date du décès de l'assuré ou la date à laquelle le

bénéficiaire en a eu connaissance, sans que ces demandes puissent être postérieures au dépôt des sommes garanties auprès de la Caisse des Dépôts et Consignation.

En effet, au-delà du délai de dix ans courant à compter de la date de prise de connaissance du décès par l'assureur, les sommes garanties qui n'ont pas fait l'objet d'une demande de versement de prestations de la part du (des) bénéficiaire(s) sont déposés à la Caisse des Dépôts et Consignations. Les bénéficiaires en sont informés par tout moyen par l'assureur, six mois avant l'expiration du délai précité.

Ainsi, sous réserve des règles de prescription, les demandes de prestations intervenant après le dépôt par l'assureur des sommes entre les mains de la Caisse des Dépôts et Consignation doivent être formulées auprès de cette dernière.

Les sommes en cas de décès non réclamés sont acquises à l'Etat à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de la date de leur dépôt à la Caisse des Dépôts et Consignations.

ARTICLE 27 – CONTROLE MEDICAL ET ADMINISTRATIF

27.1 Médical

L'Assureur peut faire procéder par un médecin qu'il a désigné, au contrôle médical de toute personne qui formule des demandes ou bénéficie de prestations au titre des présentes garanties.

Si le souscripteur se refuse à un contrôle médical ou si, n'ayant pas notifié à l'Assureur son changement d'adresse, il ne peut être joint, les garanties sont suspendues à son égard, après envoi d'une mise en demeure adressée au dernier domicile connu figurant au dossier du souscripteur.

En cas d'absence du domicile en dehors des heures autorisées par le médecin, le souscripteur sera déchu de son droit aux prestations journalières. Toutefois, s'il apporte la preuve que c'est en raison d'un cas fortuit ou de force majeure que le contrôle n'a pu être exercé, il ne sera pas pénalisé et ses prestations seront maintenues.

Pour être recevable, toute contestation doit être effectuée dans les 3 mois qui suivent la décision prise à l'égard du souscripteur.

Si le résultat de l'examen médical effectué est contesté par le médecin du souscripteur, il est fait appel à un troisième praticien pour les départager. A défaut d'entente sur la désignation de ce dernier, le choix sera fait, à la diligence de l'Assureur, par le Président du Tribunal de Grande Instance, statuant par ordonnance de référé, dans le ressort duquel se situe le siège social de l'Assureur.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin. Ceux du tiers arbitre ainsi que les frais que comporte l'exercice de sa mission sont supportés par la partie perdante.

27.2 Administratif

Lors de l'ouverture du service des prestations des garanties Incapacité Temporaire de Travail, et Invalidité, l'Assureur peut être amené à demander au souscripteur des justificatifs de revenus, de remboursement de son régime obligatoire ou tout autre justificatif. Ainsi, l'Assureur s'assurera que les indemnités versées ne procurent au souscripteur en aucun cas un revenu supérieur à son revenu professionnel compte tenu des prestations versées par tout régime obligatoire, facultatif ou autre contrat d'assurance.

Dans le cas contraire, le montant de la prestation sera réduit en conséquence, sans remboursement de cotisation. L'Assureur proposera au souscripteur une diminution de garantie pour les sinistres futurs.

ARTICLE 28 – DELAI DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

28.1 En cas de décès

Si le contrat garantit, en cas de décès du souscripteur assuré, le versement par l'assureur d'un capital forfaitaire ou d'une rente, celui-ci est revalorisé à compter de la date du décès jusqu'à la réception de l'intégralité des pièces justificatives nécessaires au règlement des prestations selon les conditions définies au contrat. La revalorisation ne peut être inférieure au taux minimum réglementaire.

Ainsi, le capital et/ou les arrérages de rente dus non versés par l'assureur, en euros garantis en cas de décès, produisent de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, à compter du jour du décès du souscripteur assuré, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants (le taux moyen des emprunts de l'Etat français est consultable sur le site internet de la Banque de France) :

- la moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente,
- le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

Dans les trente jours qui suivent la réception de l'intégralité des pièces précitées, l'assureur verse la prestation en cas de décès aux(x) bénéficiaire(s) désigné(s) ou défini(s) au contrat. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au double du taux légal durant deux mois puis à l'expiration de ce délai de deux mois, au triple du taux légal.

28.2 En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

L'Assureur verse les prestations au souscripteur dans les 30 jours qui suivent l'intégralité des pièces justificatives.

TITRE V - DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 29 – PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du contrat 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.**

Lorsque l'action du souscripteur, du bénéficiaire ou de l'ayant droit 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 le souscripteur, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par ce celui-ci.

La prescription est portée à dix ans pour la garantie en cas de décès.

Malgré les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire

sont prescrites au plus tard 30 ans à compter du décès du souscripteur.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription de droit commun que sont :

- **la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait prévue à l'article 2240 du Code civil,**
- **la demande en justice, même en référé prévue de l'article 2241 à 2243 de ce même code,**
- **un acte d'exécution forcée prévu de l'article 2244 à 2246 de ce même code.**

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter :

- **de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception par l'Assureur au Souscripteur en vue d'obtenir le paiement de cotisations,**
- **de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception par le Souscripteur ou ses ayants droit à l'Assureur en vue d'obtenir le règlement d'une prestation.**

Lorsque le bénéficiaire est mineur ou incapable majeur, les délais visés ci-avant ne courent qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.

ARTICLE 30 – SOUSCRIPTION A DISTANCE - INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

30.1 Coût lié à l'utilisation de la technique de communication à distance

La souscription du contrat par le biais d'une ou plusieurs techniques de communication à distance est soumise aux conditions tarifaires en vigueur applicables à la technique de communication utilisée par le candidat à la souscription, dont le coût est à sa charge.

30.2 Loi applicable

La loi française est la loi sur laquelle se fondent les parties pour établir les relations précontractuelles avec le souscripteur, ainsi que celle applicable au contrat notamment pour son interprétation ou son exécution.

La compétence exclusive est attribuée aux tribunaux civils français.

30.3 Langue utilisée

Les parties conviennent de l'utilisation de la langue française pendant toute la durée du contrat.

30.4 Fonds de garantie

Le souscripteur est informé par la présente disposition de l'existence du fonds de garantie des assurés contre la défaillance de sociétés d'assurance de personnes visé aux articles L. 423-1 et suivants du Code des Assurances.

ARTICLE 31 – DEMANDES D'INFORMATIONS – RECLAMATIONS – MEDIATION

Pour toute demande d'informations concernant l'application du présent contrat, le souscripteur peut contacter le Centre de Gestion, dont les coordonnées postales et téléphoniques (appel non surtaxé) figurent sur la lettre accompagnant le Certificat d'Adhésion.

Pour toute réclamation concernant l'application du contrat, le souscripteur peut contacter l'Assureur à l'adresse suivante, sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice :

**Humanis Assurances
Service Satisfaction Clients
303 rue Gabriel Debacq
45 777 Saran cedex**

Tél. (appel non surtaxé) : numéro mentionné sur les correspondances adressées par votre centre de gestion

A compter de la réception de la réclamation, l'Assureur apporte une réponse circonstanciée au souscripteur, dans un délai de dix jours ouvrés.

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, l'Assureur adresse au souscripteur un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par l'Assureur et après épuisement des voies de recours internes le souscripteur ou les bénéficiaires, ou avec l'accord de ceux-ci, l'Assureur, peuvent saisir le médiateur de la Médiation de l'Assurance, sans préjudice d'une action ultérieure devant le tribunal compétent :

**La Médiation de l'Assurance
TSA 50110**

75441 Paris cedex 09

**E-mail : mediation-assurance.org
(onglet «saisir le médiateur» pour accéder au formulaire de saisie par voie électronique).**

L'avis du médiateur est remis aux parties dans un délai de trois mois à compter de sa saisine.

Les parties n'ont pas l'obligation de respecter l'avis du médiateur.

Tout recours contentieux engagé par l'une des parties et ayant le même objet que la saisine du médiateur met immédiatement fin à la procédure de médiation.

ARTICLE 32 – CONTROLE DE L'ASSUREUR

L'Assureur est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 9.

ARTICLE 33 – DISPOSITIONS DIVERSES

33.1 Valeur contractuelle

Ont valeur contractuelle et constituent le contrat :

- les présentes Conditions Générales et ses annexes,
- la Demande de Souscription,
- le Certificat d'Adhésion,
- les avenants, les lettres-avenant.

Les titres des articles du Contrat n'ont qu'une valeur classificatoire.

Le contrat exprime l'intégralité de l'accord conclu entre les parties. Il prévaut sur toutes propositions ou accords antérieurs, ainsi que sur tous documents échangés entre les parties se rapportant à l'objet du contrat.

Dans l'hypothèse où l'une quelconque des dispositions de ce contrat serait considérée comme nulle ou non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera dans la limite d'une telle nullité ou inapplicabilité réputée non écrite sans que cela ne remette en cause la validité ou l'applicabilité des autres dispositions du contrat.

33.2 Protection des données à caractère personnel

Les informations à caractère personnel recueillies par l'Assureur font l'objet d'un traitement automatisé afin de gérer le contrat du souscripteur.

Conformément à la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978, le souscripteur bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données à caractère personnel le concernant à exercer par courriel à contact-cnil@humanis.com ou par lettre à l'adresse suivante : Groupe Humanis - Cellule CNIL - Satisfaction clients - 303 rue Gabriel Debacq - 45777 Saran cedex. Toute demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité.

Le souscripteur dispose également d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, au traitement de ses données personnelles.

Le groupe Humanis prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer la sécurité et la confidentialité des données à caractère personnel conformément aux dispositions de la loi susmentionnée.

33.3 Prospection commerciale par voie téléphonique

Le souscripteur qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut s'inscrire gratuitement et à tout moment sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dénommée « BLOCTEL », par voie électronique sur le site www.bloctel.gouv.fr ou par voie postale à l'adresse de la société désignée par le ministère chargé de l'économie pour la gérer : Société OPPOSETEL, service Bloctel, 6 rue Nicolas Siret - 10000 Troyes.

Toutefois, tant que le présent contrat est en cours, cette inscription n'interdit pas à l'Assureur de démarcher téléphoniquement le souscripteur si ce dernier ne s'est pas opposé auprès de l'Assureur, à l'adresse mentionnée à l'article 22.2, à l'utilisation de ses données à caractère personnel à des fins de prospection notamment commerciale, en application de la loi dite « Informatique et Libertés » n°78-17 du 06/01/1978.

ANNEXE 1

CONSTITUTION DES DOSSIERS DE DEMANDE DE PRESTATIONS

CONSTITUTION DES DOSSIERS POUR L'OUVERTURE DES DROITS A PRESTATION EN CAS DE...	DECES	PTIA	RENTE EDUCATION	RENTE DE CONJOINT	INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL	INVALIDITE	ORGANISME DELIVRANT LES PIECES
Photocopie des bulletins de salaire du souscripteur					x	x	Entreprise
Photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus du souscripteur.			x		x	x	Impôts
Certificat Médical Confidentiel type de l'Assureur, en cas d'arrêt de travail.					x	x	Médecin
Décomptes originaux de la Sécurité sociale ou à défaut attestation portant paiement de ses prestations en cas d'arrêt de travail, à compter du début de l'indisponibilité.					x	x	Sécurité sociale
Certificat médical précisant la cause du décès (origine de la maladie, date et nature du décès) ou de la PTIA (origine : maladie ou accident; date de l'accident ou de la première constatation médicale de la maladie).	x	x	x	x			Médecin
Certificat de scolarité ou toutes pièces justificatives (contrat d'apprentissage, ...) pour tout enfant à charge âgé de plus de 16 ans à la date du décès ou de la PTIA.		x	x				Etablissement Scolaire
Original de l'extrait d'acte de décès.	x		x	x			Mairie
Acte de dévolution successorale.	x						Notaire
En cas d'accident ou de suicide, rapport de gendarmerie.	x		x	x			TGI
Photocopie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité.		x				x	Sécurité sociale
Photocopie de la notification d'attribution de l'allocation pour tierce personne dans le cas d'une invalidité de 3ème catégorie, ou d'une incapacité permanente d'un taux de 100 %.		x					Sécurité sociale
Copie du livret de famille du souscripteur	x	x	x	x			Famille/Mairie
Extrait d'acte de naissance de chaque bénéficiaire.	x		x	x			Mairie
Attestation d'engagement dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité.	x	x	x	x			Tribunal d'Instance
Justificatif de la situation matrimoniale du concubin (célibataire, veuf ou divorcé).	x	x	x	x			Mairie
Copie des quittances de loyers des 6 mois précédant le décès ou de l'IAD, au nom des 2 concubins Ou copie de l'acte de propriété du domicile commun au nom des 2 concubins, Ou copie des quittances EDF/GDF ou de télécommunication au nom de l'un et de l'autre des 2 concubins.	x	x	x	x			/
RIB ou RIP au nom du destinataire de la rente ou des indemnités.			x	x	x	x	Banque
Bulletin d'hospitalisation indiquant les dates d'entrée et de sortie ou, le cas échéant, que le souscripteur est toujours présent dans l'établissement hospitalier.					x		Etablissement hospitalier
Photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale ou de la carte d'assuré social au régime de base obligatoire, en vigueur.			x				Sécurité sociale