

Contrat de Prévoyance Renault Group : Notice d'information

Madame, Monsieur,

La Direction et les Organisations Syndicales ont conclu un accord unanime pour définir un système universel de régime Prévoyance pour l'ensemble des salariés du Groupe en France qui est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2023.

Vous trouverez ci-après ce courrier, la Notice d'Information présentant l'ensemble des garanties du contrat.

Nous vous rappelons qu'en cas de décès, le capital prévu est versé au(x) bénéficiaire(s) en fonction du mode de désignation choisi par l'assuré au moment de la mise en œuvre du nouveau contrat :

1) Désignation type (appliquée par défaut)

Les capitaux garantis en cas de décès de l'assuré(e) sont attribués, par ordre de priorité :

- _au conjoint non séparé judiciairement,
- _à défaut, à son partenaire avec lequel il est lié par un pacte civil de solidarité ou au concubin,
- _à défaut, par parts égales, à ses enfants vivants ou représentés et à ceux de son conjoint si l'assuré(e) en avait la charge,
- _à défaut, aux héritiers.

2) Désignation particulière

À tout moment, l'assuré(e) peut modifier l'ordre ci-dessus et désigner toute personne physique ou morale de son choix.

L'assureur doit en être avisé par un bulletin de désignation (disponible sur Life@renaultgroup) ou un courrier dûment complété et signé.

L'assuré(e) a également la possibilité de renseigner en toute confidentialité « la clause bénéficiaire du capital décès », directement sur le site internet de l'assureur AXA : quieprotege.fr (une adresse e-mail professionnelle active est nécessaire).

A noter que toutes les désignations particulières réalisées avant la mise en œuvre de ce nouveau contrat le 1^{er} janvier 2023 doivent être renouvelées pour être reconduites et valables.

L'ensemble des informations concernant la désignation des bénéficiaires en cas de décès sont à retrouver au chapitre 2 « Décès » de la présente notice d'information.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments respectueux.

Marie-Laure TAIEB
Directrice Rémunération Globale et Paie
DRH France

Prévoyance Entreprise

NOTICE D'INFORMATION

relative au contrat n° **231486410**
régi par le Code des Assurances

souscrit par **RENAULT SAS**
agissant tant pour son compte que celui des sociétés de Renault Group entrant dans le champ d'application de l'accord du 9 décembre 2022 instituant un régime de prévoyance
dont le siège social est
122 - 122 bis, avenue du Général Leclerc
92100 BOULOGNE BILLANCOURT
(LE SOUSCRIPTEUR)

Auprès

d'**AXA France Vie**
dont le siège social est
313, Terrasses de l'Arche
92727 NANTERRE CEDEX
(L'ASSUREUR)

Cette notice présente les garanties en vigueur au 1^{er} janvier 2023

Edition du 20 Décembre 2022

La notice, établie conformément à l'article L 141-4 du Code des Assurances, est constituée des chapitres ci-après :

CHAPITRE 1 DISPOSITIONS GENERALES	4
ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT	4
ARTICLE 2 - EFFET ET DUREE DU CONTRAT	4
ARTICLE 3 - CATEGORIE DE PERSONNEL ASSUREE	4
ARTICLE 4 - ADMISSION A L'ASSURANCE, CESSATION DE L'ASSURANCE	4
ARTICLE 5 - MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE DECES AUX ASSURES EN INCAPACITE OU INVALIDITE INDEMNISEE PAR LA SECURITE SOCIALE	5
ARTICLE 6 - MAINTIEN DES GARANTIES POUR LES ASSURES EN PERIODE DE RESERVES MILITAIRES OU POLICIERES	6
ARTICLE 7 - MAINTIEN DES GARANTIES POUR LES ASSURES DONT LE CONTRAT DE TRAVAIL EST SUSPENDU	6
ARTICLE 8 - BASE DE L'ASSURANCE ET REVALORISATION DES PRESTATIONS	8
ARTICLE 9 - RECLAMATION DE L'ASSURE	9
ARTICLE 10 - LA LEGISLATION RELATIVE AUX TRAITEMENTS DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL	10
ARTICLE 11 - LA PRESCRIPTION	11
ARTICLE 12 - LES MESURES RESTRICTIVES DEFINIES PAR LA REGLEMENTATION FRANÇAISE ET INTERNATIONALE	12
CHAPITRE 2 DECES	13
ARTICLE 1 - OBJET DE LA GARANTIE	13
ARTICLE 2 - DECES DE L'ASSURE	13
ARTICLE 3 - PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)	15
ARTICLE 4 - ALLOCATION PIERRE LEFAUCHEUX EN CAS DE DECES DE L'ASSURE, DU CONJOINT, D'UN ENFANT A CHARGE	15
ARTICLE 5 - PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE	16
ARTICLE 6 - EXCLUSIONS	17
CHAPITRE 3 DECES CONSECUTIF A UN ACCIDENT DU TRAVAIL OU UNE MALADIE PROFESSIONNELLE	18
ARTICLE 1 - OBJET DE LA GARANTIE	18
ARTICLE 2 - DECES DE L'ASSURE	18
ARTICLE 3 - PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE	18
ARTICLE 4 - PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE	19
ARTICLE 5 - EXCLUSIONS	19
CHAPITRE 4 RENTE EDUCATION	20
ARTICLE 1 - OBJET DE LA GARANTIE	20
ARTICLE 2 - DECES DE L'ASSURE	20
ARTICLE 3 - EFFET ET CESSATION DE LA RENTE EDUCATION	21
ARTICLE 4 - MODALITES DE REGLEMENT	21
ARTICLE 5 - PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE	21
ARTICLE 6 - EXCLUSIONS	21

CHAPITRE 5 RENTE DE CONJOINT _____ 23

ARTICLE 1 - OBJET DE LA GARANTIE _____	23
ARTICLE 2 – DECES DE L'ASSURE _____	23
ARTICLE 3 - EFFET ET CESSATION DE LA RENTE _____	23
ARTICLE 4 - MODALITES DE REGLEMENT _____	23
ARTICLE 5 - PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE _____	23
ARTICLE 6 - EXCLUSIONS _____	24

CHAPITRE 6 INCAPACITE DE TRAVAIL - INVALIDITE PERMANENTE _____ 25

ARTICLE 1 - OBJET DE LA GARANTIE _____	25
ARTICLE 2 - INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL _____	25
ARTICLE 3 – INDEMNITE TEMPORAIRE D'INAPTITUDE _____	27
ARTICLE 4 - INVALIDITE PERMANENTE _____	27
ARTICLE 5 - PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE _____	29
ARTICLE 6 - CONTROLE MEDICAL _____	29
ARTICLE 7 - EXCLUSIONS _____	29
ARTICLE 8 - SUBROGATION _____	30

CHAPITRE 7 MAINTIEN DE L'ASSURANCE AUX ANCIENS SALARIES PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE CHOMAGE _____ 31

ARTICLE 1 - BENEFICIAIRES DU MAINTIEN _____	31
ARTICLE 2 - PRISE D'EFFET ET DUREE DU MAINTIEN _____	31
ARTICLE 3 - CESSATION DU MAINTIEN DES GARANTIES _____	31
ARTICLE 4 - MODALITES DU MAINTIEN _____	31
ARTICLE 5 - MODALITES D'INFORMATION DE L'ASSUREUR ET DE L'ANCIEN SALARIE _____	32
ARTICLE 6 - PIECES COMPLEMENTAIRES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE _____	32

CHAPITRE 8 PERSONNEL EN ARRET DE TRAVAIL A LA DATE D'EFFET DU CONTRAT _____ 33

ARTICLE 1 - PERSONNEL SOUS CONTRAT DE TRAVAIL A LA DATE D'EFFET DU CONTRAT _____	33
ARTICLE 2 - PERSONNEL DONT LE CONTRAT DE TRAVAIL EST ROMPU A LA DATE D'EFFET DU CONTRAT _____	34

L'autorité chargée du contrôle de l'assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (61, rue Taitbout - 75009 PARIS).

Fait à PARIS, le 20 décembre 2022 .

Chapitre 1

DISPOSITIONS GENERALES

Le contrat est régi par le Code des Assurances, toute action en dérivant étant prescrite conformément aux articles L 114-1 ET L 114-2 dudit code.

Article 1 - OBJET DU CONTRAT

- Le contrat a pour objet d'assurer la catégorie de personnel définie à l'article 3 ci-après et répondant aux conditions visées à l'article 4 pour **les risques Incapacité de travail – Invalidité permanente, Décès, Décès consécutif à un accident du travail ou une maladie professionnelle, Rente éducation et Rente de conjoint.**
- La garantie est l'engagement de l'assureur de payer une prestation unique ou périodique, en cas de réalisation du risque entre la date d'admission à l'assurance et la date de cessation de l'assurance.

Article 2 - EFFET ET DUREE DU CONTRAT

2.1 - Le contrat prend effet le PREMIER JANVIER DEUX MILLE VINGT-TROIS. Il est conclu pour une période allant jusqu'au trente et un décembre suivant. Le contrat se renouvelle ensuite par tacite reconduction à chaque premier janvier.

2.2 - Il peut être dénoncé à l'initiative de l'une ou l'autre des parties :

- **par lettre recommandée avec accusé de réception sous réserve d'un délai de préavis de quatre mois pour l'assureur et de deux mois pour le souscripteur, avant la date de renouvellement, le cachet de la poste faisant foi, la résiliation intervenant le trente et un décembre à minuit de l'année de dénonciation.**
- **par voie électronique selon les modalités précisées sur le site internet axa.fr. À réception de la notification du souscripteur, une confirmation écrite lui sera adressée.**

Article 3 - CATEGORIE DE PERSONNEL ASSUREE

La catégorie assurée est ainsi définie : **L'ensemble des salariés et assimilés salariés au sens de l'article L 311-3 du code de la Sécurité sociale.**

Article 4 - ADMISSION A L'ASSURANCE, CESSATION DE L'ASSURANCE

4.1. ADMISSION A L'ASSURANCE

Les garanties sont effectives pour chaque membre du personnel du souscripteur qui prend la qualité d'assuré aux dates suivantes :

- **personnel affilié lors de la prise d'effet du contrat : dès cette dernière date,**
- **personnel affilié postérieurement à la date d'effet du contrat : à sa date d'inscription aux effectifs du souscripteur,**

- personnel affilié dont le contrat de travail est suspendu pour maladie, accueil de l'enfant, deuil de l'enfant, réserves militaires, réserves policières, ou accident (avec ou sans indemnisation du souscripteur), ou pour une autre cause avec indemnisation du souscripteur, bénéficient des garanties du contrat.

La notion d'accueil de l'enfant renvoie aux congés de maternité (article L1225-17 du Code du travail), de paternité et d'accueil de l'enfant (article L1225-35 du Code du travail). La notion de deuil de l'enfant renvoie au congé tel que défini à l'article L3142-1-1 du Code du travail.

Les salariés en incapacité temporaire de travail au 31 décembre 2022 :

- sont assurés au titre de la garantie incapacité temporaire de travail du présent contrat à la reprise effective de leur travail.

- classés en invalidité permanente après le 1er janvier 2023 bénéficient au titre de la garantie invalidité permanente des garanties du présent contrat.

Les salariés en invalidité permanente au 31 décembre 2022, dont le changement de la classification intervient après le 1er janvier 2023 bénéficient de la garantie invalidité permanente correspondant à la nouvelle classification du présent contrat.

4.2. SUSPENSION - CESSATION DE L'ASSURANCE

4.2.1. L'assurance prend fin pour chaque assuré :

- à la date de sortie de la catégorie assurée visée à l'article 3, ci-avant,
- à la date de rupture du contrat de travail, sous réserve des dispositions prévues à l'article 5 ci-après,
- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale, sauf lorsque l'assuré bénéficie du dispositif de cumul emploi-retraite.

4.2.2. L'assurance prend fin, en tout état de cause, pour l'ensemble des assurés, à la date de résiliation du présent contrat sous réserve des dispositions prévues à l'article 5 ci-après.

Article 5 - MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE DECES AUX ASSURES EN INCAPACITE OU INVALIDITE INDEMNISEE PAR LA SECURITE SOCIALE

Les garanties en cas de Décès (Décès, Décès consécutif à accident du travail ou maladie professionnelle, Rente éducation, Rente de conjoint) sont maintenues, y compris après la résiliation du présent contrat, à tout assuré se trouvant en incapacité ou invalidité pour cause de maladie, d'accident ou de maladie professionnelle et bénéficiant ou pouvant bénéficier des prestations prévues au Chapitre « INCAPACITE DE TRAVAIL - INVALIDITE PERMANENTE » du présent contrat. Il est entendu que, à la date de résiliation de la présente garantie et en tout état de cause, à la date de résiliation du présent contrat d'assurance, pour le décès consécutif à maladie professionnelle, le dernier tableau des maladies professionnelles de la Sécurité sociale pris en compte est celui en vigueur à cette date et sous réserve que la maladie à l'origine du décès se soit déclarée dans le délai de prise en charge indiqué par la Sécurité sociale.

5.1. NIVEAU DE CHAQUE GARANTIE

Le niveau de chaque garantie assurée au titre du présent contrat est celui en vigueur :

- assuré sous contrat de travail :

- à la date du décès, si celui-ci intervient pendant l'existence du présent contrat et que l'assuré est sous contrat de travail à cette date,
- à la date de la rupture du contrat de travail si celle-ci est intervenue pendant l'existence du présent contrat,

- à la date de la résiliation de la garantie, et en tout état de cause à la date de résiliation du présent contrat.

- assuré avec contrat de travail rompu :

- à la date de la rupture du contrat de travail,
- à la date de résiliation de la garantie et, en tout état de cause à la date de résiliation du présent contrat.

Les prestations assurées sont calculées en fonction de la base des prestations définie ci-après.

5.2. BASE DES PRESTATIONS

La base des prestations est égale à celle définie à l'article 8 du présent Chapitre.

5.3. COTISATIONS

Les cotisations pour l'assuré en arrêt de travail ne sont dues que sur le salaire total ou partiel maintenu par le souscripteur comme mentionné à l'article 7.

Les cotisations cessent d'être dues après la résiliation du présent contrat.

5.4. FIN DU MAINTIEN DE CHAQUE GARANTIE

Le maintien de chacune des garanties en cas de décès prend fin :

- à la date à laquelle cesse l'indemnisation de l'incapacité ou de l'invalidité par la Sécurité sociale,
- à la date à laquelle l'assuré ne remplit plus les conditions nécessaires pour bénéficier du versement des prestations incapacité – invalidité prévues par ce contrat,
- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale (ou pension pour inaptitude au travail),
- pour le personnel sous contrat de travail, en cas de résiliation de la garantie et en tout état de cause en cas de résiliation du présent contrat.

Article 6 – MAINTIEN DES GARANTIES POUR LES ASSURES EN PERIODE DE RESERVES MILITAIRES OU POLICIERES

Les garanties prévoyance sont obligatoirement maintenues aux assurés dont le contrat de travail est suspendu pour effectuer une période de réserve militaire ou policière moyennant cotisation.

La base des cotisations et des prestations est égale aux salaires bruts, limités à la tranche 2 du salaire telle que définie à l'article 8, des douze derniers mois civils soumis à cotisations de Sécurité sociale, au sens de l'article L.242-1 du Code de la sécurité sociale, et précédent le mois du départ en période de réserve. La cotisation est payable par le souscripteur et le taux de cotisation est identique à celui des assurés en activité.

Article 7 – MAINTIEN DES GARANTIES POUR LES ASSURES DONT LE CONTRAT DE TRAVAIL EST SUSPENDU

7.1. ASSURES DONT LA SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL EST INDEMNISEE

Le bénéfice des garanties du contrat est maintenu au profit des assurés dont le contrat de travail est suspendu, pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- soit d'un maintien total ou partiel de leur rémunération ;
- soit d'indemnités journalières complémentaires servies au titre de la garantie incapacité ;
- soit d'un revenu de remplacement versé par le souscripteur. Ce cas concerne notamment les assurés placés en activité partielle ou 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 le souscripteur (reclassement, mobilité ...).

- Pour la garantie incapacité :

La base des cotisations des assurés en suspension du contrat de travail, indemnisés, par un revenu de remplacement versé par l'employeur (activité partielle, activité partielle de longue durée, congé de reclassement et congé de mobilité...), pour la garantie incapacité, est égale au montant brut dudit revenu de remplacement (indemnité légale), le cas échéant complété d'une indemnisation complémentaire ou conventionnelle versée par l'employeur. La base des cotisations ainsi définie est calculée selon les modalités de calcul définies à l'article 8 du Chapitre « DISPOSITIONS GENERALES ». Le taux de cotisation est identique à celui des assurés en activité.

Les prestations sont calculées sur la même base que celle définie au présent paragraphe.

- Pour les garanties liées au décès et garanties invalidité :

La base des cotisations, pour les garanties invalidité et décès des assurés en suspension du contrat de travail indemnisée par un revenu de remplacement versé par l'employeur (activité partielle, activité partielle de longue durée, congé de reclassement et congé de mobilité...), est la rémunération antérieure (salaires des douze derniers mois) à la suspension indemnisée du contrat de travail du salarié. La base des cotisations ainsi définie est calculée selon les modalités de calcul définies à l'article 8 du Chapitre « DISPOSITIONS GENERALES ». Le taux de cotisation est identique à celui des assurés en activité.

Les prestations sont calculées sur la même base que celle définie au présent paragraphe.

7.2. ASSURES DONT LA SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL EST NON INDEMNISEE

Le bénéfice des garanties du contrat est suspendu pour les assurés dont le contrat de travail est suspendu et ne donne lieu à aucune indemnisation.

Sont concernés par cette suspension de garanties les assurés se trouvant dans l'un des cas suivants :

- congé sabbatique visé aux articles L.3142-28 et suivants du Code du travail ;
- congé parental d'éducation total, visé aux articles L.1225-47 et suivants du Code du travail ;
- congé pour création d'entreprise visé aux articles L.3142-105 et suivants du Code du travail ;
- congé sans solde, tel que convenu après accord entre le souscripteur et le salarié.

Toutefois, pendant la période de suspension du contrat de travail non indemnisée, les garanties sont maintenues au bénéfice de l'assuré pendant le mois au cours duquel intervient cette suspension et le mois civil suivant, dès lors qu'il y aura eu paiement de la cotisation pour le mois en cours par le souscripteur. De fait, aucune cotisation n'est due pour le mois civil suivant.

Dans cette situation, le souscripteur est tenu d'informer l'organisme assureur avant la date de suspension du contrat de travail de l'assuré, afin d'éviter toute rupture de couverture pendant cette période d'exonération de cotisations.

Les assurés susmentionnés peuvent demander à rester affiliés au présent contrat au titre de la seule garantie décès, au-delà de la période de suspension visée à l'alinéa précédent, sous réserve de s'acquitter intégralement de la cotisation afférente, à savoir la part salariale et la part patronale de ladite cotisation. L'organisme assureur prélève la cotisation d'avance directement auprès de l'assuré qui bénéficiera d'un maintien des garanties liées au décès (Décès, Décès consécutif à accident du travail ou maladie professionnelle, Rente éducation, Rente de conjoint), ci-après définies, pendant toute la période de suspension de son contrat de travail et tant qu'il s'acquittera de la cotisation afférente.

La date d'effet de la garantie individuelle est le premier jour du deuxième mois civil suivant la date de la suspension du contrat de travail sous réserve que la demande individuelle d'affiliation de l'assuré soit adressée à

l'assureur dans les 30 jours de date à date qui suivent la date de début de la suspension du contrat de travail ; le dépassement de ce délai entraîne forclusion définitive.

7.2.1 - Base de l'assurance

La base de la cotisation et des prestations est définie à l'article 8 du Chapitre « DISPOSITIONS GENERALES », correspond aux douze derniers mois qui précèdent la date de début de la suspension du contrat de travail et revalorisée selon les dispositions figurant à l'article 8 du Chapitre « DISPOSITIONS GENERALES ».

7.2.2 - Cotisation

La cotisation afférente aux garanties assurées est celle prévue pour le personnel en activité et est intégralement à la charge de l'assuré. La cotisation est payable d'avance.

7.2.3 - Cessation du maintien de l'assurance

Le maintien de l'assurance prend fin :

- En cas de cessation du paiement de la cotisation,
- A la date de fin de la suspension du contrat de travail.

En tout état de cause, dans tous les autres cas prévus au Chapitre « DISPOSITIONS GENERALES ».

Article 8 - BASE DE L'ASSURANCE ET REVALORISATION DES PRESTATIONS

8.1. BASE DE LA COTISATION

La base de la cotisation, pour l'année d'assurance considérée, est calculée en fonction des tranches, définies ci-après, du salaire de référence qui correspond à la rémunération brute soumise à cotisations de Sécurité sociale, au sens de l'article L. 242-1 du Code de la sécurité sociale :

- tranche 1 : fraction du salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale afférent à l'année considérée,
- tranche 2 : fraction du salaire comprise entre une et huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale afférent à l'année considérée.

Les revenus procurés par les avantages attribués au titre des stocks options et ceux versés lors de la rupture du contrat de travail n'entrent pas dans la base de calcul.

Elle inclut tous les salaires, même partiels, versés par le souscripteur, que les assurés soient ou non en arrêt de travail pour maladie ou accident, ou qu'ils soient ou non en congé pour accueil de l'enfant ou deuil de l'enfant.

8.2. BASE DES PRESTATIONS

La base de prestations correspond au salaire de référence défini à la base des cotisations, des 12 mois civils précédant un sinistre.

Lorsque l'assuré n'a pas effectué 12 mois d'activité avant la survenance d'un sinistre donnant lieu à prestation de l'assureur, le salaire de référence est reconstitué sur une base annuelle.

La base des prestations concernant la garantie rente éducation est au moins égale au Plafond Annuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour du décès.

8.3. REVALORISATION

8.3.1. La revalorisation des prestations périodiques

Les prestations périodiques servies par l'assureur sous la forme d'indemnités journalières ou de rentes sont revalorisées sur la base de l'évolution de la valeur du point du régime de retraite de l'AGIRC ARRCO le 1^{er} janvier de l'année qui suit celle de l'évolution de l'indice. L'assureur prend en compte cette évolution, pour calculer le montant des prestations.

Après la résiliation du présent contrat et en cas de souscription d'un nouveau contrat auprès d'un nouvel assureur, la revalorisation cesse et l'assureur maintient le montant des prestations périodiques au niveau atteint à la date de cette résiliation. S'agissant de la rente éducation, son montant est égal à celui atteint à cette date, sans préjudice toutefois d'un éventuel changement de tranche d'âge.

8.3.2. La revalorisation de la base des prestations

La base des prestations est revalorisée selon les mêmes modalités de calcul de la revalorisation que les prestations périodiques.

- Pour les garanties décès et décès consécutif à un accident du travail ou une maladie professionnelle survenu plus d'un an après la date d'arrêt de travail, la base des prestations est revalorisée entre la date d'arrêt de travail et la date du décès ou de la reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie.
- Pour les garanties rente éducation et rente de conjoint, si le décès survient plus d'un an après la date d'arrêt de travail, la base des prestations est revalorisée entre la date d'arrêt de travail et la date du décès de l'assuré.
- Pour la garantie invalidité permanente, la base des prestations est revalorisée si une invalidité est reconnue plus d'un an après la date d'arrêt de travail.

8.3.3. La revalorisation des capitaux en cas de décès

Les capitaux ou allocations obsèques servis par l'assureur en cas de décès sont revalorisés à compter du décès ouvrant droit à prestations. Les conditions d'application de cette revalorisation sont fixées par les articles L132-5 et R132-3-1 du Code des assurances.

Article 9 - RECLAMATION DE L'ASSURE

Le paragraphe ci-dessous précise les modalités d'examen des réclamations et le recours possible à la Médiation de l'assurance.

Comment adresser une réclamation ?

Dans tous les cas, l'assuré doit formaliser par écrit sa réclamation afin que l'assureur puisse répondre au mieux à son insatisfaction, et l'adresser à son interlocuteur AXA habituel (ses coordonnées sont indiquées sur les courriers et sur l'Espace Client en ligne) ou au service clients avec lequel l'assuré est en relation, ou, à tout moment, au Service Réclamations :

- via le formulaire de contact sur [axa.fr](https://www.axa.fr) ou en ligne depuis l'Espace Client AXA
- ou par courrier, à l'adresse suivante :

AXA France - Service Réclamations - TSA 46307 - 95901 Cergy-Pontoise Cedex 9

Les engagements de l'assureur

Un accusé de réception sera adressé à l'assuré dans un délai maximum de 10 jours.

Sa situation sera étudiée avec le plus grand soin et une réponse argumentée lui sera adressée dans un délai maximum de 60 jours.

La saisine du médiateur

L'assuré peut saisir le Médiateur de l'assurance :

- Dans un délai de 2 mois après sa première réclamation écrite, qu'il ait reçu une réponse ou non de la part de l'assureur
- Et en tout état de cause, dans un délai maximum d'un an à compter de la date de la réclamation écrite.

Cette saisine peut se faire :

- par e-mail sur le site **mediation-assurance.org**
- ou par courrier, à l'adresse suivante :

Monsieur le médiateur de l'Assurance - TSA 501 10 - 75441 Paris Cedex 09

L'intervention du Médiateur est gratuite.

Le Médiateur formulera une proposition de solution dans un délai de 3 mois à réception du dossier complet.

Les deux parties, l'assuré et AXA, restent libres de le suivre ou non.

L'assuré conserve à tout moment la possibilité de saisir le tribunal compétent.

Article 10 - LA LEGISLATION RELATIVE AUX TRAITEMENTS DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

L'organisme assureur fait usage de ces données dans le cadre de ses activités de passation, de gestion (y compris commerciale) et d'exécution du contrat d'assurance ou de celles d'autres contrats souscrits auprès de lui, comme auprès d'autres sociétés du groupe auquel l'assureur appartient.

L'assureur est également susceptible d'utiliser ces données dans le cadre d'un contentieux, de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, ou de la mise en conformité à une réglementation applicable. L'assureur se réserve également le droit de procéder à l'analyse de tout ou partie de ces données collectées au sein du groupe AXA, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis de l'assureur, pour permettre d'améliorer les produits (recherche et développement), d'évaluer la situation d'un assuré, de la prédire (scores d'appétence) et de personnaliser son parcours en tant qu'assuré.

Les données relatives à la santé des assurés éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance.

Les destinataires des informations ainsi recueillies seront uniquement les sociétés du groupe AXA, intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités, dès lors que ces informations seront nécessaires à la réalisation de leurs opérations.

Les données des assurés seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).

Les données à caractère personnel peuvent être accessibles à certains des collaborateurs ou prestataires de l'assureur établis dans des pays situés hors de l'Union Européenne, sous réserve des dispositions suivantes. Pour ces destinataires situés en-dehors de l'Union Européenne, le transfert est limité aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ou aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL soit les règles internes d'entreprise du groupe AXA de protection des données (BCR). Les données relatives à la santé des assurés éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités.

L'assureur est légalement tenu de vérifier l'exactitude, la complétude et la conformité de ces données. A cette fin, l'assureur se réserve le droit de solliciter un assuré pour vérifier ou compléter son dossier en y enregistrant par exemple son adresse de messagerie électronique s'il a contacté l'assureur par ce biais.

L'assuré peut demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité des données le concernant, ainsi que définir des directives relatives au sort de ces informations après son décès, choisir d'en limiter l'usage ou s'opposer à leur traitement.

Si l'assuré a donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de ses données, à tout moment il peut la retirer sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations nécessaires à l'exécution du contrat d'assurance.

L'assuré peut écrire au délégué à la protection des données pour exercer ses droits :

- par email (service.informationclient@axa.fr)
- par courrier (AXA France - Service Information Client - 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre cedex).

En cas de réclamation, il peut choisir de saisir la CNIL.

Pour plus d'informations, consultez www.axa.fr/donnees-personnelles.html

Article 11 - LA PRESCRIPTION

L'assureur informe le souscripteur ci-après des conditions d'application de la prescription :

Conformément aux dispositions de l'article L 114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par 2 ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1. en cas de réticence, omission, déclaration fausse 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 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 10 ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurances 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.

Conformément à l'article L 114-2 du Code des assurances, 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 adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. Les causes ordinaires d'interruption de la prescription auxquelles l'article L 114-2 du Code des assurances fait référence sont :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait qui interrompt le délai de prescription (Article 2240 du Code civil).
- La demande en justice, même en référé, qui 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 2241 du Code civil).
- L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (Article 2242 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 (Article 2243 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 (Article 2244 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 2245 du Code civil).
- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (Article 2246 du Code civil).

Conformément à l'article L 114-3 du Code des Assurances, par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Article 12 - LES MESURES RESTRICTIVES DEFINIES PAR LA REGLEMENTATION FRANÇAISE ET INTERNATIONALE

Dans le cadre des mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale, l'assureur n'est pas réputé fournir une couverture de risques et n'est pas responsable ni tenu de payer une indemnité ou de fournir des prestations en découlant dans la mesure où la fourniture d'une telle couverture, le paiement d'une telle réclamation ou la fourniture de ces prestations l'exposerait à une sanction, une interdiction ou une restriction en vertu des résolutions des Nations Unies ou à des sanctions, des lois ou des règlements à caractère économique ou commercial de l'Union européenne, du Royaume-Uni ou des États-Unis d'Amérique.

Chapitre 2

DECES

Article 1 - OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet en cas de décès de l'assuré, le versement d'un capital (capital pouvant être versé par anticipation en cas de perte totale et irréversible d'autonomie telle que visée à l'article 3), ainsi que le versement de frais d'obsèques (Allocation Pierre Lefauchaux) en cas de décès de l'assuré, ou de son conjoint ou d'un enfant à charge.

Article 2 - DECES DE L'ASSURE

2.1. MONTANT DU CAPITAL

Le montant du capital est fixé comme suit en pourcentage de la base des prestations visés au Chapitre « DISPOSITIONS GENERALES », (article 8) :

- assuré sans personne à charge :335 %
- majoration par personne à charge :50 %

2.2. PERSONNES A CHARGE ET SITUATION DE FAMILLE RETENUE

2.2.1. Personnes à charge

Sont considérés comme personnes à charge :

- les enfants de l'assuré et ceux de son conjoint, qu'ils soient reconnus, adoptés ou recueillis, dans la mesure où ils répondent aux conditions suivantes.

D'une part :

- ils sont âgés de moins de 18 ans,
- ou sont âgés d'au moins 18 ans et jusqu'à 25 ans révolus et remplissent l'une des conditions suivantes :
 - être sous contrat d'apprentissage,
 - suivre des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance,
 - être inscrits à l'assurance chômage en qualité de primo-demandeur d'emploi ; les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi,
- ou, quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés ;
- les enfants qui naissent dans les 300 jours suivant le décès de l'assuré, s'ils naissent vivant et viables ;

D'autre part :

- ils vivent sous le même toit,
 - ou sont fiscalement à charge de l'assuré soit au niveau du quotient familial, soit par la perception d'une pension alimentaire versée par l'assuré et déduite de ses revenus,
 - ou sont fiscalement à la charge du conjoint de l'assuré.
- les ascendants entrant en ligne de compte pour la détermination du nombre de parts dans le calcul de l'impôt sur le revenu payable par l'assuré au moment de l'événement garanti (article 196 A bis du Code Général des Impôts).

2.2.2. Situation de famille retenue

La situation de famille retenue est celle existant au moment du décès de l'assuré. Toutefois en cas de décès de l'assuré et d'une ou de plusieurs personnes dont l'existence est susceptible d'être prise en compte pour le calcul du capital, au cours d'un même événement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, l'assuré est présumé être décédé le premier.

2.3. BENEFICIAIRES DU CAPITAL

Pour le versement du capital, en cas de décès au cours d'un même événement de l'assuré et d'au moins une des personnes susceptibles de bénéficier du capital, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, l'assuré est présumé être décédé le dernier.

Le capital est versé au(x) bénéficiaire(s) en fonction du mode de désignation choisi par l'assuré.

2.3.1. Désignation type

Les capitaux garantis en cas de décès de l'assuré (e) sont attribués, par ordre de priorité :

- au conjoint non séparé judiciairement,
- à défaut à son partenaire avec lequel il est lié par un pacte civil de solidarité ou au concubin,
- à défaut, par parts égales, à ses enfants vivants ou représentés et à ceux de son conjoint si l'assuré en avait la charge,
- à défaut, aux héritiers.

En cas de décès d'un assuré vivant en concubinage (au sens de l'article 515-8 du Code Civil), son concubin doit justifier son statut auprès de l'assureur dans les trois mois suivant le décès de l'assuré, par la production d'une copie du dernier avis d'imposition ou d'une preuve de sa domiciliation à la même adresse que l'assuré.

L'assuré, ainsi que la personne vivant en concubinage avec lui, ne doit être ni marié ni lié par un Pacte civil de solidarité par ailleurs.

Lorsque la présence d'une personne à charge donne droit à une majoration du capital, celle-ci est alors versée par parts égales :

- au conjoint ou au partenaire, parent de l'enfant mineur ou majeur incapable, s'il en a la garde ;
- au représentant légal de chaque enfant mineur, lorsque le conjoint ou le partenaire, parent de l'enfant, n'en a pas la garde ;
- à chaque enfant majeur ou mineur émancipé ;
- à chaque personne à charge ou à son représentant légal si elle ne dispose pas de la capacité juridique.

2.3.2. Désignation particulière

À tout moment, l'assuré peut modifier l'ordre ci-dessus et désigner toute personne physique ou morale de son choix. L'assureur doit en être avisé par un bulletin de désignation ou un courrier dûment complété et signé.

L'assuré a également la possibilité de renseigner en toute confidentialité « la clause bénéficiaire du capital décès », directement sur le site internet que l'assureur met à sa disposition.

Compte tenu de l'évolution constante des technologies, l'assureur se réserve le droit de changer de prestataire pour que l'assuré puisse continuer de bénéficier à tout moment du meilleur service. L'assureur informera le souscripteur de ce changement par tout moyen, sans qu'il soit prévu de le formaliser par un avenant au présent contrat.

La majoration de capital correspondant aux majorations pour personnes à charge ne saurait profiter qu'aux personnes prises en considération pour le calcul desdites majorations. En conséquence, elle est versée à la personne ouvrant droit à cette (s) majoration (s) ou à son représentant légal sous réserve que le juge des tutelles, pour les enfants mineurs, en soit préalablement informé par l'assureur.

Le capital, après application des dispositions du paragraphe précédent, est versé aux bénéficiaires désignés. En cas de pluralité de bénéficiaires, le capital est versé par parts égales entre eux aux bénéficiaires désignés.

La désignation type s'applique dans les cas ci-après :

- décès du bénéficiaire antérieur à celui de l'assuré ou de la totalité des bénéficiaires désignés par l'assuré,
- décès, au cours d'un même événement et sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, de l'assuré et du bénéficiaire ou de la totalité des bénéficiaires désignés par l'assuré,
- révocation de plein droit prévue par le Code Civil.

Article 3 – PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

3.1. Le capital prévu en cas de décès de l'assuré peut, sur demande accompagnée des pièces justificatives visées à l'article 5, lui être versé PAR ANTICIPATION en cas de perte totale et irréversible d'autonomie telle que visée ci-après.

L'assuré est reconnu comme atteint d'une perte totale et irréversible d'autonomie lorsqu'il remplit la condition suivante :

- avoir reçu la notification par la Sécurité sociale de son classement en 3^{ème} catégorie d'invalides (invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie) ou, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, de la reconnaissance d'une incapacité permanente à 100 % avec majoration pour assistance d'une tierce personne.

La date de survenance de la perte totale et irréversible d'autonomie est fixée au jour de cette notification par la Sécurité sociale.

3.2. Lorsque ce capital est versé par anticipation, l'assuré ne bénéficie plus de la garantie en cas de décès au titre du présent chapitre.

3.3. La situation de famille retenue pour le calcul du capital est celle existant à la date de reconnaissance par l'assureur de la perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré, l'enfant né viable moins de 300 jours après ladite date étant pris en compte.

Article 4 – ALLOCATION PIERRE LEFAUCHEUX EN CAS DE DECES DE L'ASSURE, DU CONJOINT, D'UN ENFANT A CHARGE

4.1.1. Allocation en cas de décès de l'assuré

Cette garantie a pour objet, en cas de décès de l'assuré, le versement d'un capital destiné au financement de ses obsèques.

Le bénéficiaire de cette prestation est celui qui a engagé et réglé les dépenses, sur production d'un justificatif ; l'éventuel reliquat étant versé aux bénéficiaires par parts égales, tels que définis à l'article 2 du présent chapitre, qui demeurent libres d'utiliser le capital à d'autres fins.

Le montant du capital est identique quelle que soit la situation de famille de l'assuré.
Cette garantie n'a pas pour objet d'organiser les obsèques de l'assuré.

Le capital de frais d'obsèques est de quatre mille Euros (4 000 Euros), majoré de 10 % par enfant à charge, tels que définis à l'article 2 du présent chapitre.

4.1.2. Allocation en cas de décès du conjoint de l'assuré

Cette garantie a pour objet, en cas de décès du conjoint n'ayant aucun revenu du fait d'une activité salariée ou non, à temps plein ou à temps partiel, ou aucun revenu de substitution à une activité professionnelle, salariée ou non, le versement d'un capital destiné au financement de ses obsèques.

Le bénéficiaire de cette prestation est celui qui a engagé et réglé les dépenses, sur production d'un justificatif ; l'éventuel reliquat étant versé à l'assuré, qui est libre d'utiliser le capital à d'autres fins.

Cette garantie n'a pas pour objet d'organiser les obsèques du conjoint de l'assuré.

Le capital de frais d'obsèques est de deux mille Euros (2 000 Euros), majoré de 5 % par enfant à charge tels que définis à l'article 2 du présent chapitre.

4.1.3. Allocation en cas de décès d'un enfant à charge

Cette garantie a pour objet, en cas de décès d'un des enfants à charge de l'assuré, tels que définis à l'article 2 du présent chapitre, le versement d'un capital destiné au financement de ses obsèques, dans le respect des dispositions de l'article L132-3 du Code des assurances, qui précise qu'il est défendu à toute personne de contracter une assurance en cas de décès sur la tête d'un mineur âgé de moins de 12 ans.

Le bénéficiaire de cette prestation est celui qui a engagé et réglé les dépenses, sur production d'un justificatif.

Le montant du capital est identique quelle que soit la situation de famille de l'assuré et dans la limite des frais engagés.

Cette garantie n'a pas pour objet d'organiser les obsèques de l'enfant.

Le capital de frais d'obsèques est de 100% des frais réels dans la limite de deux mille Euros (2 000 Euros).

Article 5 - PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

5.1. DECES

- Doivent être adressées à l'assureur, dans les SIX MOIS qui suivent le décès, toutes pièces nécessaires au règlement des prestations, et notamment :
 - extrait d'acte de décès de l'assuré,
 - certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle,
 - extrait d'acte de naissance de l'assuré et, en tant que de besoin, extrait d'acte de naissance du conjoint,
- pièces justificatives de la qualité de personne à charge :
 - extrait d'acte de naissance, certificat de scolarité, attestation de l'affiliation au régime de la Sécurité sociale, copie du contrat de formation en alternance,
 - photocopie de la carte d'invalidité,
 - copie du dernier avertissement de l'impôt sur le revenu et attestation de l'Administration fiscale précisant le nombre de personnes à charge au jour du décès,

- pièces justificatives de la qualité et des droits des bénéficiaires et notamment, en tant que de besoin :
 - selon le cas : certificat d'hérédité, acte de notoriété (ou, à défaut, certificat de propriété délivré par le greffe du Tribunal d'Instance).

L'assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce jugée nécessaire pour le règlement des prestations.

5.2. Perte totale et irréversible d'autonomie

- Doivent être adressées à l'assureur toutes pièces justificatives, et notamment, la notification de la décision de la Sécurité sociale du classement en invalidité 3^{ème} catégorie ou attribuant une rente d'incapacité permanente dont le taux est fixé à 100 %.
- L'assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce jugée nécessaire à l'appréciation de la perte totale et irréversible d'autonomie.

Article 6 - EXCLUSIONS

Sont exclus le décès et la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie résultant :

- d'un suicide ou tentative de suicide au cours de la 1^{re} année d'adhésion. Si l'assuré était précédemment garanti au titre d'un contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire au sens de l'article 2 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, pour des garanties et des niveaux de garanties identiques, sans qu'il y ait eu interruption de garanties, le délai d'un an est supprimé ;
- d'une guerre civile ou étrangère, invasions, agressions étrangères, hostilités (que la guerre soit déclarée ou non) ;
- de la participation active de l'assuré à une guerre, une rébellion, une révolution, une insurrection, une prise de pouvoir, un mouvement populaire, une émeute, un acte de terrorisme, étant précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et accomplissement du devoir professionnel sont garantis ;
- d'un déplacement ou séjour dans une des régions ou un des pays formellement déconseillés par le Ministère français des Affaires Étrangères. Pour les personnes déjà présentes dans cette zone à la date de l'inscription de cette zone sur les listes du Ministère des Affaires Étrangères, l'exclusion ne s'applique qu'à compter du 14^e jour suivant cette inscription.

Toutefois en cas de déplacement ou séjour pour raison professionnelle, l'assureur pourra proposer des conditions de maintien d'assurance.

Pour ce faire, le souscripteur devra déclarer 10 jours avant la date de départ le ou les salarié(s) concerné(s).

Chapitre 3

DECES CONSECUTIF A UN ACCIDENT DU TRAVAIL OU UNE MALADIE PROFESSIONNELLE

Article 1 - OBJET DE LA GARANTIE

- 1.1. La garantie a pour objet le versement d'un capital en cas de décès de l'assuré consécutif à un accident du travail ou une maladie professionnelle reconnus comme tels par la Sécurité sociale,
- 1.2. Le capital peut être versé PAR ANTICIPATION lorsque l'accident du travail ou la maladie professionnelle entraîne une perte totale et irréversible d'autonomie telle que visée à l'article 3 du présent Chapitre.

Article 2 - DECES DE L'ASSURE

2.1. MONTANT DU CAPITAL

Le montant du capital est fixé à 165 % de la base des prestations visée au Chapitre « DISPOSITIONS GENERALES ».

2.2. BENEFICIAIRES DU CAPITAL

Le capital est versé en une seule fois au(x) bénéficiaire(s) prévus au titre de la garantie DECES, Chapitre « DECES ».

Article 3 - PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

- 3.1. Le capital prévu en cas de décès de l'assuré consécutif à un accident du travail ou une maladie professionnelle est versé PAR ANTICIPATION à l'assuré lui-même en cas de perte totale et irréversible d'autonomie telle que visée ci-après.
- 3.2. L'assuré est reconnu comme atteint d'une perte totale et irréversible d'autonomie lorsqu'il est atteint d'une incapacité permanente d'au moins 66 % reconnue par la Sécurité sociale dans les trois ans suivant la date de l'accident ou de la demande de reconnaissance en maladie professionnelle. L'assuré est également reconnu comme étant atteint d'une perte totale et irréversible d'autonomie lorsque le taux initial étant inférieur à 66 % à la date de la première consolidation, il est, après révision dans un délai de deux ans suivant la fixation du taux initial, porté à un taux au moins égal à 66 %. Si les délais ci-avant étaient dépassés, le dossier de l'assuré serait examiné d'un commun accord entre l'assureur et le souscripteur.
- 3.3. La date de la reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie est la date d'envoi du document par lequel l'assureur accepte de verser par anticipation le capital ; la garantie Décès consécutif à un accident du travail ou une maladie professionnelle prend fin, par voie de conséquence, à cette même date.

Article 4 - PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

Doivent être adressées à l'assureur, outre les pièces visées au Chapitre « DECES » (article 5) :

- la notification de la Sécurité sociale attribuant un taux d'incapacité permanente d'au moins 66 % ;
- la notification de reconnaissance du décès maladie ou accident du travail de la sécurité sociale.

L'assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce jugée nécessaire pour le règlement des prestations.

Article 5 - EXCLUSIONS

Sont exclus le décès et la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie résultant :

- d'un suicide ou tentative de suicide au cours de la 1^{re} année d'adhésion. Si l'assuré était précédemment garanti au titre d'un contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire au sens de l'article 2 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, pour des garanties et des niveaux de garanties identiques, sans qu'il y ait eu interruption de garanties, le délai d'un an est supprimé ;
- d'une guerre civile ou étrangère, invasions, agressions étrangères, hostilités (que la guerre soit déclarée ou non) ;
- de la participation active de l'assuré à une guerre, une rébellion, une révolution, une insurrection, une prise de pouvoir, un mouvement populaire, une émeute, un acte de terrorisme, étant précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et accomplissement du devoir professionnel sont garantis ;
- d'un déplacement ou séjour dans une des régions ou un des pays formellement déconseillés par le Ministère français des Affaires Étrangères. Pour les personnes déjà présentes dans cette zone à la date de l'inscription de cette zone sur les listes du Ministère des Affaires Étrangères, l'exclusion ne s'applique qu'à compter du 14^e jour suivant cette inscription.

Toutefois en cas de déplacement ou séjour pour raison professionnelle, l'assureur pourra proposer des conditions de maintien d'assurance.

Pour ce faire, le souscripteur devra déclarer 10 jours avant la date de départ le ou les salarié(s) concerné(s).

—

Chapitre 4

RENTE EDUCATION

Article 1 - OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet en cas de décès de l'assuré, le service d'une rente éducation au profit de chaque enfant tel que défini au paragraphe 2.2 ci-après.

Article 2 - DECES DE L'ASSURE

2.1. MONTANT DE LA RENTE

- Le montant annuel de la rente est fixé comme suit en pourcentage de la base des prestations visée au Chapitre « DISPOSITIONS GENERALES », (article 8) :
 - 10 % jusqu'à 10 ans inclus,
 - 12 % si l'enfant est âgé de 11 à 17 ans,
 - 15 % si l'enfant est âgé de 18 ans jusqu'à 25 ans révolus,

La rente est revalorisée selon les dispositions prévues à l'article 8 du Chapitre « DISPOSITIONS GENERALES ».

La rente est servie à l'enfant handicapé tant qu'il est en vie. Un enfant à charge est reconnu handicapé, quel que soit son âge, s'il perçoit, au jour du décès de l'assuré, une des allocations pour personne handicapée (allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou allocation aux adultes handicapés (AAH) ou s'il est reconnu invalide de 2e ou 3e catégorie par la Sécurité sociale.

2.2. DEFINITION DES ENFANTS A CHARGE

Les enfants à charge sont ceux définis au Chapitre « DECES » (article 2) étant précisé que les conditions requises pour être considéré comme enfant à charge doivent être remplies à la date du décès de l'assuré.

2.3. DOUBLEMENT DE LA RENTE EDUCATION EN CAS DE DECES DES DEUX PARENTS

En cas de décès successifs ou simultanés de l'assuré et de son conjoint, partenaire de PACS ou concubin, le montant de la rente éducation est doublé.

Sont qualifiés de décès successifs de l'assuré et de son conjoint lorsque l'intervalle entre les deux décès est inférieur ou égal à 12 mois.

Sont qualifiés de décès simultanés de l'assuré ou de son conjoint ceux qui interviennent au cours du même événement.

En cas de décès postérieur du conjoint à celui de l'assuré le doublement de la rente prend effet au jour du décès du conjoint.

Article 3 - EFFET ET CESSATION DE LA RENTE EDUCATION

La rente prend effet le 1^{er} jour du mois civil au cours duquel survient le décès de l'assuré.

La majoration de la rente prend effet, le premier jour du mois civil de l'anniversaire de l'enfant, s'agissant d'un changement de tranche d'âge.

Pour chaque enfant, la rente est servie jusqu'au 18^{ème} anniversaire. Elle est prorogée en cas de poursuite d'études.

La rente cesse d'être due lorsque la condition de prorogation n'est plus remplie et, au plus tard, quand le bénéficiaire atteint son 26^{ème} anniversaire.

Article 4 - MODALITES DE REGLEMENT

La rente est payable mensuellement à terme échu.

Elle est versée, à l'enfant lui-même s'il jouit de la capacité juridique ou à son représentant légal, dans le cas contraire.

La dernière mensualité versée est celle dont l'échéance suit immédiatement la date à laquelle la rente cesse d'être due.

En cas de décès de l'enfant bénéficiaire, le montant de la rente est intégralement dû pour le mois au cours duquel décède l'enfant.

Article 5 - PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

Outre les pièces visées au Chapitre « DECES » (article 5) le bénéficiaire doit, par la suite, remettre chaque année à l'assureur et ce, à compter du 18^{ème} anniversaire, un certificat de scolarité ou une photocopie de son contrat en cas de formation en alternance ou d'études rémunérées et une attestation de l'affiliation au régime de la Sécurité sociale.

Le service de la rente étant subordonné à la fourniture de la preuve de la qualité d'enfant à charge, l'assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce jugée nécessaire à l'appréciation de la situation de l'enfant.

Article 6 - EXCLUSIONS

Sont exclus le décès et la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie résultant :

- d'un suicide ou tentative de suicide au cours de la 1^{re} année d'adhésion. Si l'assuré était précédemment garanti au titre d'un contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire au sens de l'article 2 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, pour des garanties et des niveaux de garanties identiques, sans qu'il y ait eu interruption de garanties, le délai d'un an est supprimé ;
- d'une guerre civile ou étrangère, invasions, agressions étrangères, hostilités (que la guerre soit déclarée ou non) ;
- de la participation active de l'assuré à une guerre, une rébellion, une révolution, une insurrection, une prise de pouvoir, un mouvement populaire, une émeute, un acte de terrorisme, étant précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et accomplissement du devoir professionnel sont garantis ;
- d'un déplacement ou séjour dans une des régions ou un des pays formellement déconseillés par le Ministère français des Affaires Étrangères. Pour les personnes déjà présentes dans cette zone à la date

de l'inscription de cette zone sur les listes du Ministère des Affaires Étrangères, l'exclusion ne s'applique qu'à compter du 14^e jour suivant cette inscription.

Toutefois en cas de déplacement ou séjour pour raison professionnelle, l'assureur pourra proposer des conditions de maintien d'assurance.

Pour ce faire, le souscripteur devra déclarer 10 jours avant la date de départ le ou les salarié(s) concerné(s).

Chapitre 5

RENTE DE CONJOINT

Article 1 - OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet en cas de décès de l'assuré, le versement d'une rente temporaire au conjoint de l'assuré décédé.

Le conjoint est l'époux ou l'épouse de l'assuré non séparé judiciairement.

Article 2 – DECES DE L'ASSURE

Rente temporaire

Une rente temporaire, d'un montant annuel de 10% de la base des prestations définie au Chapitre « DISPOSITIONS GENERALES » (article 8) est versée au conjoint de l'assuré décédé. Cette rente est servie pendant 1 an.

Revalorisation

Chaque rente est revalorisée selon les dispositions prévues à l'article 8 du Chapitre « DISPOSITIONS GENERALES ».

Article 3 - EFFET ET CESSATION DE LA RENTE

La rente prend effet le lendemain du jour du décès de l'assuré.

La rente cesse d'être due :

- à la date de décès du bénéficiaire,
- à la date de remariage du conjoint.

Article 4 - MODALITES DE REGLEMENT

Les rentes annuelles sont payables par douzième à la fin de chaque mois civil, le premier et le dernier paiement étant calculés prorata temporis.

Article 5 - PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

Outre les pièces visées au Chapitre « DECES » (article 5), il doit être remis à l'assureur toutes pièces nécessaires au règlement des prestations.

L'assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce nécessaire.

Article 6 - EXCLUSIONS

Sont exclus le décès et la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie résultant :

- d'un suicide ou tentative de suicide au cours de la 1^{re} année d'adhésion. Si l'assuré était précédemment garanti au titre d'un contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire au sens de l'article 2 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, pour des garanties et des niveaux de garanties identiques, sans qu'il y ait eu interruption de garanties, le délai d'un an est supprimé ;
- d'une guerre civile ou étrangère, invasions, agressions étrangères, hostilités (que la guerre soit déclarée ou non) ;
- de la participation active de l'assuré à une guerre, une rébellion, une révolution, une insurrection, une prise de pouvoir, un mouvement populaire, une émeute, un acte de terrorisme, étant précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et accomplissement du devoir professionnel sont garantis ;
- d'un déplacement ou séjour dans une des régions ou un des pays formellement déconseillés par le Ministère français des Affaires Étrangères. Pour les personnes déjà présentes dans cette zone à la date de l'inscription de cette zone sur les listes du Ministère des Affaires Étrangères, l'exclusion ne s'applique qu'à compter du 14^e jour suivant cette inscription.

Toutefois en cas de déplacement ou séjour pour raison professionnelle, l'assureur pourra proposer des conditions de maintien d'assurance.

Pour ce faire, le souscripteur devra déclarer 10 jours avant la date de départ le ou les salarié(s) concerné(s).

Chapitre 6

INCAPACITE DE TRAVAIL - INVALIDITE PERMANENTE

Article 1 - OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet le service :

- d'une indemnité journalière lorsque l'assuré est reconnu en incapacité physique totale de travailler à la suite d'une maladie ou d'un accident constaté par un médecin et perçoit les prestations en espèces de la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ou accident,
- d'une indemnité journalière lorsque l'assuré est reconnu inapte (partiellement ou totalement) à son poste par le médecin du travail, à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle et perçoit une indemnité temporaire d'incapacité par la Sécurité sociale, dans l'attente de la décision de reclassement ou de licenciement prise par l'employeur (articles L. 433.1, alinéa 5, et D. 433-2 à D. 433.8 du Code de la Sécurité sociale).
- d'une rente lorsque l'assuré est reconnu invalide :
 - en cas d'invalidité permanente, lorsque l'assuré satisfait aux critères d'attribution d'une pension d'invalidité fixés à l'article L341-1 du Code de la Sécurité sociale, et perçoit de la Sécurité sociale une rente d'invalidité permanente,
 - En cas d'incapacité permanente, lorsque la Sécurité sociale attribue à l'assuré un taux d'incapacité permanente supérieur ou égal à 33% selon la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles et perçoit de la Sécurité sociale une rente d'incapacité permanente.

Ces prestations sont brutes de tout prélèvement fiscal ou social à retenir à la source : les variations des taux d'assujettissement à l'impôt ou des taux de prélèvement sociaux applicables à ces prestations sont sans effet sur les prestations ainsi calculées, mais affectent le montant net à régler à l'assuré.

Article 2 - INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

2.1. FRANCHISE

L'indemnité journalière prend effet à l'issue de la période de maintien total ou partiel de salaire résultant des accords en vigueur chez le souscripteur. La période de maintien est décomptée à partir du premier jour d'arrêt de travail.

Les périodes de mi-temps thérapeutique indemnisées par la Sécurité sociale sont incluses dans le calcul de la franchise, mais l'assureur ne tient pas compte de la durée des congés d'accueil de l'enfant ou de deuil de l'enfant.

Le personnel en incapacité temporaire de travail, dont la rupture anticipée du contrat de travail le prive du bénéfice des accords en vigueur chez le souscripteur, est couvert par une garantie dont l'objet est le service d'une indemnité journalière. Elle prend effet au terme d'un délai de franchise de 90 jours d'arrêt de travail total et continu, décompté à compter du premier jour de l'arrêt de travail.

2.2. MONTANT DE L'INDEMNITE JOURNALIERE

En cas de maladie ou d'accident :

Les prestations sont calculées sur les salaires bruts imposables correspondants aux salaires pris en compte dans la base de calcul des prestations, sous déduction de la prestation servie par la Sécurité sociale et du salaire éventuellement maintenu par le souscripteur.

	T1	T2
Indemnité journalière jusqu'au 180 ^{ème} jour :	100%	100%
Indemnité journalière à compter du 181 ^{ème} jour :	75%	75%

En tout état de cause, le cumul de ces indemnités journalières complémentaires (nettes de CSG et de CRDS) avec les indemnités journalières de Sécurité sociale (nettes de CSG et de CRDS) et l'indemnisation due par le souscripteur en cas d'absence pour accident ou maladie, ne peut excéder la rémunération nette qu'aurait perçue l'assuré s'il avait continué à travailler.

Le montant de l'indemnité quotidienne déterminé à la date de l'arrêt de travail est revalorisé selon les dispositions prévues à l'article 8 du Chapitre « DISPOSITIONS GENERALES ».

Aucune prestation n'est versée pendant les congés d'accueil de l'enfant ou de deuil de l'enfant indemnisés par la Sécurité sociale.

En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle :

Les dispositions sont les mêmes que celles prévues en matière d'incapacité temporaire de travail consécutive à maladie ou accident

Cas des assurés en temps partiel thérapeutique et travail léger :

Les assurés bénéficiant d'un dispositif de temps partiel thérapeutique, au sens de l'article L. 323-3 du Code de la sécurité sociale, ou d'un dispositif de travail léger, au sens de l'article L. 433-1 du code précité, bénéficient des dispositions du présent article, sous déduction de la rémunération qu'ils perçoivent en contrepartie de leur travail.

Dans cette hypothèse, l'assureur intervient sous déduction des indemnités journalières de la Sécurité sociale et de la rémunération versées aux assurés en temps partiel thérapeutique ou en travail léger.

En tout état de cause, le cumul de ces indemnités journalières complémentaires (nettes de CSG et de CRDS) avec les indemnités journalières de Sécurité sociale (nettes de CSG et de CRDS) et la rémunération versée par l'employeur au titre de l'activité résiduelle ne peut excéder la rémunération nette qu'aurait perçue l'assuré s'il travaillait à temps plein.

2.3. CESSATION DU SERVICE DE L'INDEMNITE JOURNALIERE

Le service de l'indemnité journalière cesse :

- à la date de la fin du service de l'indemnité journalière de la Sécurité sociale,
- en cas de reprise de travail à temps partiel ou à temps complet ou s'il est établi par l'assureur que l'assuré peut reprendre une activité rémunérée à temps complet,
- en cas d'expertise médicale, s'il est établi que l'assuré n'est pas dans l'incapacité d'exercer toute activité professionnelle,
- au 1095^e jour suivant la date de cessation du travail,

- et, en tout état de cause, à la date d'attribution par la Sécurité sociale d'une pension d'invalidité, d'une rente d'incapacité permanente ou d'une pension pour inaptitude ou à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale, sauf lorsque l'assuré bénéficie du dispositif de cumul emploi-retraite.

2.4. MODALITES DE REGLEMENT

Pendant toute la durée du contrat de travail liant l'assuré au souscripteur, l'indemnité journalière est versée par l'assureur au souscripteur.

Après rupture du contrat de travail, l'indemnité journalière est versée directement par l'assureur à l'assuré et payable à réception des décomptes de la Sécurité sociale.

Article 3 – INDEMNITE TEMPORAIRE D'INAPTITUDE

3.1 Montant de l'indemnité journalière

Le montant de l'indemnité journalière suit les mêmes modalités de calcul qu'en matière d'incapacité temporaire de travail, à la différence que l'indemnité temporaire d'inaptitude se substitue à l'indemnité journalière servie par la sécurité sociale en cas d'incapacité temporaire de travail.

3.2 Effet et cessation de l'indemnité journalière

La prestation prend effet à compter du jour de la reconnaissance de l'inaptitude de l'assuré.

Elle se poursuit pendant la période de reclassement qui s'étend de la date de reconnaissance de l'inaptitude de l'assuré à son emploi initial à la date de son reclassement ou de son licenciement.

Le service de l'indemnité journalière cesse :

- à la date de la fin du service de l'indemnité temporaire d'inaptitude de la Sécurité sociale,
- à la rupture du contrat de travail,
- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale.

3.3. Modalités de règlement

L'indemnité journalière est versée par l'assureur au souscripteur.

Article 4 - INVALIDITE PERMANENTE

Définition des catégories d'invalides

Les catégories d'invalides sont ainsi définies :

- 1ère catégorie : invalide capable d'exercer une activité rémunérée,
- 2ème catégorie : invalide absolument incapable d'exercer une profession quelconque,
- 3ème catégorie : invalide qui, étant absolument incapable d'exercer une profession quelconque, est en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

4.1. MONTANT DE LA RENTE

En cas d'invalidité permanente d'origine non professionnelle :

Le montant annuel de la rente est déterminé en fonction de la catégorie d'invalidité dans laquelle l'assuré est classé par la Sécurité sociale.

Il est fixé comme suit, en pourcentage de la base des prestations visée au Chapitre « DISPOSITIONS GENERALES » :

- 1ère catégorie: 45 %,
- 2ème catégorie : 77 %,
- 3ème catégorie : 77 %,

sous déduction de la rente servie au même titre par la Sécurité sociale française, selon les dispositions prévues à l'article 8 du Chapitre « DISPOSITIONS GENERALES ».

Cas de cumuls et d'évolution de la quotité de temps travaillé :

En tout état de cause, le cumul de la rente d'invalidité complémentaire (nette de CSG, de CRDS et de CASA) avec la rente d'invalidité ou toute autre prestation versée par la Sécurité sociale ayant le même objet (nettes de CSG, de CRDS et de CASA) ne peut excéder la rémunération nette qu'aurait perçue l'assuré s'il avait continué à travailler.

En cas de cumul d'une pension d'invalidité et d'une activité exercée à temps partiel, le montant de la pension n'est pas affecté par une revalorisation salariale, sous réserve que la quotité de temps de travail reste inchangée. Il en va de même du droit à revalorisation annuelle.

Dans cette hypothèse, l'assureur intervient sous déduction de la rémunération résiduelle et de la rente sécurité sociale versées aux assurés. La rémunération résiduelle s'entend sans intégration des revalorisations salariales visées ci-dessus.

En cas de modification de la quotité de temps de travail, la pension d'invalidité est recalculée sur la base du salaire de référence ayant servi au calcul initial de la pension d'invalidité, auquel sont appliquées la nouvelle quotité de temps travaillée, ainsi que, le cas échéant, les revalorisations à chaque 1^{er} janvier selon l'article 8 du Chapitre « DISPOSITIONS GENERALES ».

En cas d'invalidité permanente d'origine professionnelle :

Le montant annuel de la rente est fonction du taux d'incapacité permanente professionnelle "N" attribué par la Sécurité sociale, sous déduction de la prestation servie au même titre par la Sécurité sociale :

	T1	T2
Taux d'incapacité permanente professionnelle compris entre 33% et 66%		
Rente	$N/66 \times 77\%$	$N/66 \times 77\%$
Taux d'incapacité permanente professionnelle supérieur ou égal à 66%		
Rente	77%	77%

4.2. EFFET ET CESSATION DU SERVICE DE LA RENTE

La rente débute dès le classement de l'assuré par la Sécurité sociale dans la 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie d'invalides ;

Le service de la rente cesse quand prend fin le service de la rente de la Sécurité sociale par cette dernière, en cas de perception de prestations POLE EMPLOI, en cas d'expertise médicale, s'il est établi que l'assuré n'est pas atteint d'une invalidité permanente et, en tout état de cause, à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale (ou pension pour inaptitude au travail).

4.3. MODALITES DE REGLEMENT

Pendant toute la durée du contrat de travail liant l'assuré au souscripteur, la rente est versée par l'assureur au souscripteur.

Après rupture du contrat de travail, la rente est versée directement par l'assureur à l'assuré et payable à réception des décomptes de la Sécurité sociale.

Le montant de la rente est payable mensuellement à l'assuré à chaque fin de mois civil, sans prorata en cas de décès sauf dans le cas où l'assuré est toujours sous contrat de travail et auquel cas, l'article 2, ci-avant s'appliquera.

Article 5 - PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

Doivent être adressés à l'assureur le décompte de paiement de la Sécurité sociale, la copie de la notification de la Sécurité sociale de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente.

L'assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce nécessaire.

Une fois par an, l'assuré devra justifier du paiement de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente.

Doivent être signalés dans les meilleurs délais :

- tout changement de nature des prestations de la Sécurité sociale,
- toute reprise du travail.

L'assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce jugée nécessaire pour le règlement des prestations.

Article 6 - CONTROLE MEDICAL

6.1. Le service des prestations est subordonné à l'obligation pour l'assuré de se soumettre aux visites médicales et contrôles organisés par l'assureur. Au vu des conclusions du médecin, l'assureur peut réduire ou suspendre le service des prestations en cours, l'assuré en étant avisé par lettre recommandée. L'assuré peut contester les conclusions du médecin de l'assureur et passer à ses frais une contre visite dans les dix jours suivant la réception de la lettre recommandée.

6.2. En cas de désaccord entre le médecin de l'assuré et celui de l'assureur, ces deux médecins en désigneront un troisième pour les départager. A défaut d'entente sur le choix de ce médecin, la désignation est faite, à la requête de la partie la plus diligente, par le Président du Tribunal compétent. Chaque partie supporte les honoraires de son médecin ainsi que, le cas échéant, la moitié des frais de la contre-expertise.

Article 7 - EXCLUSIONS

Est exclu l'arrêt de travail résultant :

- d'un suicide ou tentative de suicide au cours de la 1^{re} année d'adhésion. Si l'assuré était précédemment garanti au titre d'un contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire au sens de l'article 2 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, pour des garanties et des niveaux de garanties identiques, sans qu'il y ait eu interruption de garanties, le délai d'un an est supprimé ;

- d'une guerre civile ou étrangère, invasions, agressions étrangères, hostilités (que la guerre soit déclarée ou non) ;
- de la participation active de l'assuré à une guerre, une rébellion, une révolution, une insurrection, une prise de pouvoir, un mouvement populaire, une émeute, un acte de terrorisme, étant précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et accomplissement du devoir professionnel sont garantis ;
- d'un déplacement ou séjour dans une des régions ou un des pays formellement déconseillés par le Ministère français des Affaires Étrangères. Pour les personnes déjà présentes dans cette zone à la date de l'inscription de cette zone sur les listes du Ministère des Affaires Étrangères, l'exclusion ne s'applique qu'à compter du 14^e jour suivant cette inscription.

Toutefois en cas de déplacement ou séjour pour raison professionnelle, l'assureur pourra proposer des conditions de maintien d'assurance.

Pour ce faire, le souscripteur devra déclarer 10 jours avant la date de départ le ou les salarié(s) concerné(s).

De plus, est exclu l'arrêt de travail occasionné par un accident résultant :

- du fait intentionnel de l'assuré ;
- de la pratique par l'assuré de toute activité sportive sans respecter les règles élémentaires de sécurité recommandées par les pouvoirs publics ou par la fédération du sport correspondant à l'activité. Il appartiendra à l'assureur de prouver que ces règles ont été violées ;
- de la pratique par l'assuré de la navigation aérienne :
 - à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne ne possédant ni brevet, ni licence, ou titulaire d'un brevet ou d'une licence périmée,
 - avec l'utilisation d'un deltaplane, d'un parapente, d'un appareil ultra léger motorisé (ULM) ou de tout engin assimilé,
 - au cours d'un meeting, d'un raid sportif, d'un vol acrobatique, d'une tentative de record, d'un essai préparatoire, d'un essai de réception, d'un saut en parachute non motivé par une raison de sécurité ;
- des conséquences directes ou indirectes de la désintégration du noyau atomique.

Article 8 - SUBROGATION

8.1. Les prestations ayant un caractère indemnitaire pour l'assuré et étant versées en réparation du dommage qui lui est causé du fait de la perte de salaire, il pourra être fait application, le cas échéant, des dispositions de l'article L. 131-12 du Code des Assurances : l'assureur est subrogé, à concurrence des sommes par lui versées, dans les droits et actions de l'assuré contre tout tiers responsable.

8.2. Lorsque l'assureur obtient réparation dans le cadre d'un recours engagé contre un tiers responsable, il devra enregistrer le produit dans le compte de résultat où il versera l'intégralité des sommes ainsi recouvrées.

Chapitre 7

MAINTIEN DE L'ASSURANCE AUX ANCIENS SALARIES PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE CHOMAGE

Les garanties du contrat sont maintenues aux anciens salariés appartenant à la catégorie assurée, en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage dans le cadre de la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013.

Article 1 - BENEFICIAIRES DU MAINTIEN

Peuvent bénéficier du présent maintien les anciens salariés, déclarés par l'employeur selon les modalités de l'article 5, dont la cessation du contrat de travail est postérieure à la date d'effet du contrat et qui justifient d'une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Le maintien des garanties n'est pas accordé :

- en cas de licenciement pour faute lourde,
- si les droits à couverture complémentaire n'étaient pas ouverts au salarié au jour de la cessation de son contrat de travail.

Article 2 - PRISE D'EFFET ET DUREE DU MAINTIEN

L'ensemble des garanties du présent contrat sera maintenu, à compter du lendemain du jour de cessation du contrat de travail, pour une durée maximale égale à la durée du dernier contrat de travail, ou le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, appréciée en mois entiers, telle que le souscripteur l'aura déclaré, dans la limite de 12 mois.

Article 3 - CESSATION DU MAINTIEN DES GARANTIES

Le maintien des garanties cesse à la survenance du premier de ces deux événements :

- au terme de la durée maximale prévue à l'article 2,
- au jour où le bénéficiaire trouve un nouvel emploi ou liquide ses droits à pension de retraite,
- à la date de résiliation du contrat.

Article 4 - MODALITES DU MAINTIEN

Les dispositions suivantes sont appliquées aux garanties :

- les garanties maintenues correspondent à celles qui seraient appliquées à l'ancien salarié si celui-ci était toujours salarié de l'entreprise le jour de l'évènement déclencheur,

- l'expiration de la durée maximale de maintien des garanties n'interrompt pas le versement des prestations périodiques en cours de service ou celles différées en raison de l'application de la franchise contractuelle pour les personnes en arrêt de travail, le jour de la cessation du maintien de leurs garanties,
- la base des prestations applicable tout au long de la période de maintien des garanties est celle calculée le jour de la cessation du contrat de travail de l'ancien salarié. Les revenus procurés par les avantages attribués au titre des stock-options, les primes et indemnités versées lors de la cessation du contrat de travail, n'entrent pas dans la base de prestation.

Toutefois, le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période. S'il n'en percevait pas ou plus, cette base des prestations sera constituée sur la base des conditions du régime d'assurance chômage applicables au jour de l'arrêt.

Article 5 - MODALITES D'INFORMATION DE L'ASSUREUR ET DE L'ANCIEN SALARIE

L'employeur devra signaler le maintien des garanties dans le certificat de travail remis au salarié lors de son départ de l'entreprise. Il indiquera à l'assureur les cessations de contrat de travail ouvrant droit à maintien des garanties en renseignant la liste nominative des mouvements de personnel. Il s'engage à fournir sans délai les éléments nécessaires au calcul de la durée du maintien, en cas de demande de l'assureur instruisant une demande de prestation.

Article 6 - PIECES COMPLEMENTAIRES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

L'assureur conditionne la mise en service des prestations à la justification de la prise en charge de l'ancien salarié par le régime d'assurance chômage à la date du sinistre, L'ancien salarié en situation d'être pris en charge par le régime d'assurance chômage, mais qui ne perçoit pas ou plus d'allocations chômage à cette date parce qu'il bénéficie d'un congé maternité ou d'un arrêt de travail à la date du sinistre, devra fournir les justificatifs correspondants. L'assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce jugée nécessaire.

Chapitre 8

PERSONNEL EN ARRET DE TRAVAIL A LA DATE D'EFFET DU CONTRAT

Les membres du personnel relevant de la catégorie assurée visée au Chapitre « DISPOSITIONS GENERALES », en incapacité ou invalidité à la date d'effet du présent contrat et percevant des prestations complémentaires à celles de la Sécurité sociale française, sont assurés pour les garanties en cas de décès et incapacité temporaire – invalidité permanente, dans les conditions suivantes, pour autant qu'elles soient en vigueur.

Article 1 - PERSONNEL SOUS CONTRAT DE TRAVAIL A LA DATE D'EFFET DU CONTRAT

Garanties

Les assurés en incapacité temporaire de travail au 31 décembre 2022 :

- bénéficient des garanties décès, décès consécutif à un accident du travail ou une maladie professionnelle, rente éducation et rente de conjoint du présent contrat,
- bénéficient des prestations Incapacité temporaire servies selon les modalités définies au contrat collectif auquel l'assuré était affilié jusqu'au 31 décembre 2022.

Les assurés en invalidité permanente au 31 décembre 2022 :

- bénéficient des garanties décès, décès consécutif à un accident du travail ou une maladie professionnelle, rente éducation et rente de conjoint du présent contrat,
- bénéficient au titre de la garantie invalidité permanente des garanties du contrat collectif auquel l'assuré était affilié jusqu'au 31 décembre 2022.

Sous réserve des dispositions suivantes :

- Les salariés en incapacité temporaire de travail au 31 décembre 2022 seront assurés au titre de la garantie incapacité temporaire de travail du présent contrat à la reprise effective de leur travail,
- Les salariés en incapacité temporaire de travail au 31 décembre 2022, classés en invalidité permanente après le 1er janvier 2023 bénéficient au titre de la garantie invalidité permanente des garanties du présent contrat,
- Les salariés en invalidité permanente au 31 décembre 2022, dont la classification intervient après le 1er janvier 2023 bénéficient de la garantie invalidité permanente du présent contrat.

Article 2 - PERSONNEL DONT LE CONTRAT DE TRAVAIL EST ROMPU A LA DATE D'EFFET DU CONTRAT

Garanties

Les anciens salariés dont le contrat de travail est rompu ne bénéficient pas du présent contrat. Les garanties, ainsi que leurs conditions, comme la revalorisation, qui s'appliquent à ces anciens salariés sont celles dont ils bénéficiaient la veille de la rupture de leur contrat de travail.



DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES EN CAS DE DÉCÈS MODE D'EMPLOI PRÉVOYANCE

Ce document a été conçu pour faciliter la désignation de vos bénéficiaires du capital en cas de décès (y compris éventuelles majorations pour enfants et personnes à charge).

Il vous appartient de vérifier que cette désignation reste appropriée et dans le cas contraire de nous faire parvenir une nouvelle désignation.

1. CONSÉQUENCES DE L'ACCEPTATION DU BÉNÉFICIAIRE

Dès lors qu'un bénéficiaire accepte le bénéfice du contrat, sa désignation devient irrévocable (art. L 132-9 du Code des assurances).

Le changement du/des bénéficiaire(s) de cette clause est par conséquent subordonné, sauf exception prévue par la réglementation, à l'accord du/des bénéficiaire(s) précédemment désigné(s) **ayant accepté le bénéfice de cette clause.**

2. DÉSIGNATION DU CONJOINT, DU CONCUBIN OU DU PARTENAIRE D'UN PACS

Si vous désignez le bénéficiaire par sa qualité (exemples : « mon conjoint non séparé de droit », « mon concubin » ou « mon partenaire lié par un PACS ») vous devez savoir que celle-ci s'apprécie à la date de transmission des capitaux. Ce sera donc la personne qui pourra justifier de cette qualité au moment de votre décès qui bénéficiera du capital (les justificatifs à fournir sont précisés dans la Notice d'information remise par votre employeur). En cas de remariage, le capital sera versé au dernier conjoint et en cas de divorce ou de séparation de droit, le capital reviendra au bénéficiaire suivant.

3. DÉSIGNATION DES ENFANTS

Si vous nommez vos enfants, ou si vous les désignez par la formulation « mes enfants », cela exclura ceux à naître. La formule « mes enfants nés ou à naître par parts égales entre eux », convient si vous souhaitez que le capital soit réparti de façon égale entre les différents enfants. Le décès de l'un d'eux entraîne la redistribution de son capital aux autres proportionnellement à leurs parts respectives.

4. DÉSIGNATION DES PARENTS

La formule « mes parents par parts égales entre eux », convient si vous souhaitez que le capital soit réparti de façon égale entre vos 2 parents. En cas de décès de l'un d'eux, sa part reviendra au survivant. La formule « 51 % à mon père ; 49 % à ma mère », convient si vous souhaitez que le capital soit réparti selon des proportions distinctes (dans la limite de 100 % du capital), entre vos parents. La formule « mon père, à défaut ma mère », convient si vous souhaitez que le capital soit versé en totalité à votre père puis s'il vient à décéder à votre mère.

5. DÉSIGNATION EN CAS DE BÉNÉFICIAIRES MULTIPLES

Si vous désignez plusieurs bénéficiaires : il convient de préciser le pourcentage de capital dévolu à chaque bénéficiaire (la somme desdits taux doit être égale à 100 %) ou indiquer « par parts égales » ; le décès de l'un d'entre eux entraîne la redistribution de son capital aux autres proportionnellement à leurs parts respectives sauf si vous précisez la mention « vivant ou représenté » après le nom du bénéficiaire ; la désignation de ceux-ci peut se faire en cascade par la formule « à défaut ».

6. DÉSIGNATION NOMINATIVE

En cas de désignation nominative, **vous devez préciser, pour chaque bénéficiaire, ses nom, nom de naissance, prénom, date et lieu de naissance (en précisant la ville, le département et le pays), adresse postale, e-mail, numéro de téléphone et votre lien de parenté** le cas échéant. Il convient également de préciser soit le degré de priorité de chacun d'eux soit la répartition des parts.

Vous pouvez préciser ces informations sur papier libre, daté et signé, en le joignant au formulaire de désignation.

7. EXEMPLES DE RÉDACTION

■ **Versement de la majoration du capital à l'enfant ou à la personne à charge :**

« à mes enfants **nés ou à naître** pour la majoration leur revenant et à Madame ... pour le reliquat ».

■ **Versement de l'intégralité du capital à la première personne désignée puis si elle vient à décéder à la personne suivante :**

« Mon conjoint non séparé de droit ... ; **à défaut** mon frère ... ».

■ **Répartition égale du capital entre les différents bénéficiaires, et en cas de décès de l'un d'entre eux, redistribution de sa part aux autres :**

« Madame ; Monsieur ... ; **par parts égales entre eux** ».

■ **Répartition inégale du capital entre les bénéficiaires, et en cas de décès de l'un d'entre eux, sans redistribution de sa part aux autres (Attention, le montant total devra être de 100 %) :**

« X % à Mademoiselle ... **vivante ou représentée**, Y % à Monsieur ... vivant ou représenté et Z % à Madame ... **vivante ou représentée** ».



DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES EN CAS DE DÉCÈS – FORMULAIRE PRÉVOYANCE

Raison sociale de l'entreprise: SOCIÉTÉ DE RENAULT GROUP

N° de contrat (présent sur la Notice d'information): 231486410

BON À SAVOIR : avec votre adresse e-mail professionnelle, accédez au site quijeprotege.fr pour effectuer cette désignation.
Pour toute question, le Service Clients est à votre disposition au 09 69 39 38 36 (appel non surtaxé) du lundi au vendredi, de 9 h 00 à 18 h 00 ou par e-mail à mesbeneficiaires@quijeprotege.fr.

1. JE M'IDENTIFIE

☐ M. ☐ Mme

Nom⁽¹⁾: Prénoms⁽¹⁾:

Nom de naissance⁽¹⁾: N° de Sécurité sociale (sans la clé):

Date de naissance⁽¹⁾: / / Ville de naissance⁽¹⁾⁽²⁾:

Dépt. de naissance⁽¹⁾: Pays de naissance⁽¹⁾:

Adresse⁽¹⁾:

Code postal⁽¹⁾: Ville⁽¹⁾:

E-mail⁽¹⁾: N° de téléphone:

2. JE DÉSIGNE LE(S) BÉNÉFICIAIRE(S) DU CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS

J'opte pour l'une des 3 options suivantes (1 seul choix possible):

☐ **Je souhaite que le capital soit versé selon la clause de désignation suivante:**

Les capitaux garantis en cas de décès de l'assuré (e) sont attribués, par ordre de priorité : au conjoint non séparé judiciairement, à défaut à son partenaire avec lequel il est lié par un pacte civil de solidarité ou au concubin, à défaut, par parts égales, à ses enfants vivants ou représentés et à ceux de son conjoint si l'assuré en avait la charge, à défaut, aux héritiers.

Se reporter à la notice d'information pour une définition complète.

☐ **Je souhaite que le capital décès soit versé au(x) bénéficiaire(s) que je désigne ci-après:**

En cas de désignation nominative, j'indique les nom, nom de naissance, prénom, date et lieu de naissance (en précisant la ville, le département et le pays), adresse postale, e-mail, numéro de téléphone et le lien de parenté le cas échéant.

☐ **Je souhaite que le capital décès soit versé au(x) bénéficiaire(s) désignés par acte déposé chez le notaire. J'indique ci-après le nom et les coordonnées du notaire qui a enregistré l'acte:**

Maître:

Adresse:

Code postal: Ville:

E-mail: Numéro de téléphone:

3. JE PRENDS CONNAISSANCE DES OBLIGATIONS LÉGALES

Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions relatives à l'utilisation de mes données personnelles contenues dans la Notice d'information. Je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès du délégué à la protection des données pour exercer vos droits par e-mail (service.informationclient@axa.fr) ou par courrier (AXA France - Service Information Client - 313, Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex).

4. JE DATE, SIGNE ET ADRESSE CE BULLETIN À



UGIPS GESTION
Service Désignations Bénéficiaires AXA
5, place du Colonel Fabien
CS90008
75484 Paris Cedex 10

Faire une copie pour en conserver un exemplaire.

Fait à

Le / /

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

.....

(1) Mention obligatoire. (2) Merci de préciser l'arrondissement s'il y a lieu.

