

Notice

Assurance

PREVI ANTICIP'PRO

NOVELIA 
UNE FILIALE DU Crédit Mutuel ARKEA

www.novelia.fr

Notice

Votre adhésion à Previ Anticip'Pro est composée des documents suivants :

La **notice d'information** qui définit les conditions d'application de votre adhésion au contrat, expose l'ensemble des garanties proposées et pouvant être souscrites. Elle vous informe sur les risques non couverts et vous indique également la marche à suivre pour obtenir vos remboursements.

La **demande d'adhésion** qui indique la déclaration du risque et des besoins de l'adhérent.

Le **certificat d'adhésion** qui personnalise votre assurance en l'adaptant à votre cas particulier, précise la personne assurée, l'étendue et les modalités des garanties effectivement souscrites.

Notice d'information sur les contrats d'assurance de groupe n° A.5217 (contrat Madelin) ou A.5218 (contrat Non Madelin) souscrits par le Crédit Mutuel ARKEA 1, rue Louis Lichou 29480 LE RELECQ KERHUON - Orias n° 07 025 585 (www.orias.fr) auprès de SwissLife Prévoyance et Santé 7 rue Belgrand 92300 LEVALLOIS-PERRET par l'intermédiaire de Novélia 1, rue Geneviève de Gaulle Anthonioz 35200 RENNES Orias n° 07 001 889.

L'Assureur a délégué à CEGEMA 679 avenue du Docteur LEFEBVRE BP 189 06272 VILLENEUVE LOUBET cedex - Orias n° 07 001 328 la gestion des adhésions et des sinistres.

Sommaire

1	LES DÉFINITIONS	4
2	PRÉSENTATION DES CONTRATS	7
	2.1 Informations précontractuelles et contrats	7
	2.2 Objet des contrats	7
	2.3 Révision des contrats	7
3	FONCTIONNEMENT DE L'ADHÉSION	8
	3.1 Conditions d'adhésion aux contrats	8
	3.2 Conclusion de l'adhésion, date d'effet et durée.....	9
	3.3 Droit de renonciation	9
	3.4 Résiliation de l'adhésion.....	9
	3.5 Les cotisations.....	10
	3.6 La prescription.....	11
	3.7 La subrogation	11
	3.8 Les réclamations - médiation	12
	3.9 Loi informatique et libertés	12
	3.10 L'autorité de contrôle.....	12
4	LES GARANTIES	13
	4.1 Le fonctionnement des garanties	13
	4.2 La garantie maintien de revenus.....	14
	4.3 La garantie remboursement des frais généraux (si l'option a été choisie et indiquée au certificat d'adhésion) ..	16
	4.4 La garantie décès/PTIA (si l'option a été choisie et indiquée au certificat d'adhésion) ..	16
	4.5 La garantie rente de conjoint viagère (si l'option a été choisie et indiquée au certificat d'adhésion) ..	17
	4.6 La garantie rente de conjoint temporaire (si l'option a été choisie et indiquée au certificat d'adhésion) ..	18
	4.7 La garantie rente éducation (si l'option a été choisie et indiquée au certificat d'adhésion) ..	18
5	LES EXCLUSIONS ET LIMITATIONS DE GARANTIE.....	19
	5.1 Exclusions de garanties.....	19
	5.2 Limitations de garanties	20
6	SINISTRE	21
	6.1 Modalités pour l'obtention des prestations	21
	6.2 Contrôle et expertise	22
	6.3 Aggravation indépendante de l'événement garanti.....	22
7	ARTICLES DU CODE DES ASSURANCES ET DU CODE CIVIL.....	23
	ANNEXE : CONVENTION D'ASSISTANCE PRÉVOYANCE ET D'ASSISTANCE AU QUOTIDIEN CONTRAT N° SWISS 2101.....	27

■ **ACCIDENT** : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

■ **ACTIVITÉ DE DIRECTION (RÉSERVÉ AUX GÉRANTS MAJORITAIRES)** : Activité exclusive de direction dans l'entreprise sans activité manuelle.

■ **ADHÉRENT** : La personne physique signant l'adhésion et désignée au certificat d'adhésion. Elle est responsable du paiement des cotisations, de la déclaration du risque et des obligations définies à l'adhésion et figurant dans la notice d'information.

■ **ARRÊT DE TRAVAIL** :

• **Incapacité temporaire totale de travail (ITT)**

Être médicalement contraint pour l'Assuré d'interrompre totalement et temporairement son activité professionnelle ou toute occupation lui procurant gains ou profit par suite de maladie ou d'accident.

• **Invalidité permanente totale ou partielle (IPT ou IPP)**

Réduction permanente des aptitudes de l'Assuré à exercer sa profession ou toute autre activité lui procurant gains ou profit. Cette réduction devra être consécutive à la maladie ou à l'accident ayant provoqué l'ITT.

■ **ASSURÉ** : La personne physique garantie par le contrat et désignée au certificat d'adhésion. L'Assuré et l'Adhérent sont la même personne.

■ **ASSUREUR** : SwissLife Prévoyance et Santé pour les garanties maintien de revenus et remboursement des frais généraux.

SwissLife Assurance et Patrimoine pour les garanties décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie, rente viagère de conjoint, rente temporaire de conjoint et rente éducation.

SwissLife Prévoyance et Santé et SwissLife Assurance et Patrimoine sont des entreprises de droit français régies par le Code des assurances.

SwissLife Prévoyance et Santé est désignée comme société apéritrice.

■ **BÉNÉFICIAIRE DES GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS** :

La ou les personne(s) désignée(s) par l'Assuré, mentionnée(s) au certificat d'adhésion et à laquelle ou auxquelles l'Assureur verse les prestations prévues.

À défaut de désignation de bénéficiaire, le capital décès est versé :

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

■ **CONJOINT COLLABORATEUR** : Il s'agit d'une personne travaillant bénévolement dans l'entreprise de son conjoint marié ou pacsé assuré par le présent contrat et ayant choisi le statut de collaborateur non rémunéré défini par le décret n° 2006 – 966 du 1^{er} août 2006 (le conjoint associé ou salarié n'a pas ce statut).

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

■ **DÉCHÉANCE** : C'est la perte du droit à la prestation due en cas de sinistre suite au non-respect de la part de l'Assuré de certaines dispositions prévues dans la notice d'information ou le Code des assurances.

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

■ **ÉCHÉANCE ANNIVERSAIRE** : Date de renouvellement de l'adhésion pour laquelle une nouvelle cotisation annuelle d'assurance est due.

■ **ENFANTS À CHARGE** : Sont considérés comme tels les enfants de l'Assuré :

- de moins de 18 ans rattachés au foyer fiscal,
- âgés de 18 à 25 ans poursuivant des études et fiscalement à charge de l'Assuré, à condition qu'ils ne perçoivent pas de revenu propre supérieur à 50 % du SMIC (Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance),
- enfants non fiscalement à charge, mais pour lesquels l'Assuré verse une pension alimentaire suite à une décision de justice,
- enfants nés viables moins de 300 jours après le décès de l'Assuré.

■ **FRAIS GÉNÉRAUX** : Ce sont les dépenses habituellement supportées par l'Assuré, pour l'exercice de sa profession et qui n'ont pas en comptabilité de contrepartie à l'actif. Elles doivent en outre être exposées dans l'intérêt de l'exploitation et se rattacher à une gestion normale.

Entrent dans les frais généraux professionnels permanents les dépenses suivantes : services extérieurs, impôts, taxes et versements assimilés, les charges de personnel (y compris les charges sociales), les autres charges de gestion courantes, les charges financières, les charges exceptionnelles.

Ces dépenses doivent être admises légalement comme frais généraux et non exclues au contrat.

Sont considérés comme frais généraux :

- le loyer des locaux professionnels,
- les intérêts et taxes payés sur les traites de financement des locaux et équipements, propriétés de l'Assuré et utilisés par lui pour l'exercice de sa profession (à l'exclusion des remboursements de capital),
- les dépenses d'eau, gaz, électricité, chauffage et téléphone,
- les salaires, appointements des employés de l'Assuré qui n'exercent pas la profession de l'Assuré dans les conditions identiques, ainsi que les charges y afférant,
- la patente, les impôts professionnels,
- le coût du leasing (crédit-bail),
- les pertes pour dépréciation de matières consommables et fournitures, les amortissements des équipements,
- les charges sociales de l'Assuré.

Ne sont pas considérés comme frais généraux :

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

■ **FRANCHISE** : Elle est calculée à partir du 1^{er} jour d'arrêt de travail justifié et médicalement constaté, pour laquelle aucune prestation n'est due.

Pour tout assuré en arrêt de travail ayant opté pour une franchise en cas de maladie de 7 ou 15 jours, justifiant d'une hospitalisation de plus de trois nuitées pendant la période de franchise prévue en cas de maladie, la franchise est alors ramenée rétroactivement au 4^{ème} jour d'arrêt de travail.

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

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

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

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

■ **PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)** : Être dans l'impossibilité absolue et définitive de se livrer à une occupation ou à un travail quelconque et dont l'état nécessite l'assistance d'une tierce personne pour effectuer tous les actes ordinaires de la vie (faire sa toilette, s'habiller, se nourrir, se déplacer).

La perte totale et irréversible d'autonomie sera appréciée par expertise médicale.

PRESTATIONS : Ce sont les sommes versées par l'Assureur suite à un événement contractuellement garanti.

RECHUTE : Nouvelle manifestation d'une affection ayant déjà donné lieu à prestations dans les conditions prévues au contrat.

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

2 PRÉSENTATION DES CONTRATS

2.1 INFORMATIONS PRÉCONTRACTUELLES ET CONTRATS

La loi applicable aux présents contrats est la loi française, notamment le Code des assurances. En accord avec

l'Adhérent, l'Assureur s'engage à utiliser, pendant toute la durée de l'adhésion, la langue française.

2.2 OBJET DES CONTRATS

Previ Anticip'Pro est un plan de prévoyance complet et personnalisable destiné aux artisans, commerçants, exploitants agricoles et professions libérales, y compris médicales et paramédicales. Il permet de protéger l'Assuré ainsi que sa famille, en cas d'arrêt de travail et le cas échéant de décès.

Previ Anticip'Pro est composé de deux contrats d'assurance de groupe à adhésion facultative souscrits par Crédit Mutuel ARKEA société anonyme coopérative de crédit à capital variable et de courtage d'assurances (Orias n° 07 025 585 - vérifiable auprès de l'ORIAS sur www.orias.fr), immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de BREST sous le numéro SIREN 775 577 018, dont le siège social est sis 1, rue Louis Lichou 29480 Relecq Kerhuon, agissant tant en son nom et pour son propre compte qu'au nom et pour le compte des Caisses locales de Crédit Mutuel [de la Fédération du Crédit Mutuel de Bretagne / Massif Central / du Sud-Ouest] qui lui sont affiliées auprès de SwissLife Prévoyance et Santé et SwissLife Assurance et Patrimoine.

L'Adhérent adhère librement soit au contrat Madelin n° A.5217 soit au contrat Non Madelin n° A.5218.

Le contrat Madelin n° A.5217 est éligible aux dispositions fiscales de la loi n° 94 – 126 du 11 février 1994 (dite loi Madelin) pour les garanties :

- maintien de revenus (incapacité temporaire totale de travail, invalidité permanente totale et invalidité permanente partielle),
- décès/PTIA, si la prestation est versée sous forme de rente,
- rente de conjoint viagère ou rente de conjoint temporaire,
- rente éducation.

À noter : La garantie décès/PTIA prévoyant le versement de la prestation en capital et la garantie remboursement des frais généraux ne sont pas éligibles aux dispositions fiscales de cette loi.

Le contrat Non Madelin n° A.5218 n'est pas éligible aux dispositions fiscales de la loi n° 94 – 126 du 11 février 1994.

Les dispositions de la notice d'information qui suivent s'appliquent à ces deux contrats.

2.3 RÉVISION DES CONTRATS

Le Crédit Mutuel ARKEA et l'Assureur peuvent d'un commun accord réviser les conditions des contrats d'assurance de groupe souscrits. Toute modification des droits et obligations des adhérents sera portée par écrit à la connaissance de l'Adhérent.

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

3 FONCTIONNEMENT DE L'ADHÉSION

3.1 CONDITIONS D'ADHÉSION AUX CONTRATS

3.1.1 | Qui peut adhérer ?

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

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

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

Pour être admis à l'assurance, l'Assuré doit être âgé de moins de 62 ans.

3.1.2 | Formalités d'adhésion

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

- les garanties choisies,
- le ou les bénéficiaire(s) des garanties en cas de décès,
- des indications relatives à la situation personnelle et professionnelle de la personne à assurer,
- un questionnaire de santé simplifié.

Un questionnaire de santé détaillé peut se substituer au questionnaire de santé simplifié selon l'âge de l'Assuré et le montant des capitaux à assurer.

Un complément d'information ou des formalités médicales complémentaires, réalisées aux frais de l'Assureur, peuvent être demandés lors de l'étude du dossier.

L'acceptation de l'adhésion par l'Assureur prend en considération les réponses aux différents questionnaires ainsi que les activités professionnelles et sportives de l'Assuré.

3.1.3 | Déclaration du risque

■ Au moment de l'adhésion

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

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, l'Assuré s'expose à la nullité de l'adhésion, conformément à l'article L.113-8 du Code des assurances.

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

■ En cours d'adhésion

En cours d'adhésion, l'Assuré doit informer l'Assureur de tout changement de situation concernant :

- le fait qu'il se mette ou se remette à fumer, même occasionnellement alors que lors de son adhésion, il déclarait être non-fumeur,
- un changement de profession ou une modification des conditions d'exercice de son activité professionnelle,
- la cessation ou la réduction d'activité professionnelle ainsi qu'un départ en retraite,
- un changement de statut pouvant entraîner une modification de son adhésion,
- le changement de domicile ou sa fixation hors de France métropolitaine,
- la cessation ou le changement d'affiliation au régime obligatoire,
- un changement de sa situation familiale.

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

Les déclarations en cours d'adhésion doivent être faites par lettre recommandée adressée à CEGEMA 679 avenue du Docteur LEFEBVRE BP 189 06272 VILLENEUVE LOUBET cedex dans un délai de 15 jours à partir du moment où l'Adhérent en a eu connaissance.

3.2 CONCLUSION DE L'ADHÉSION, DATE D'EFFET ET DURÉE

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur. L'acceptation de l'Assureur est matérialisée par un certificat d'adhésion sur lequel figure la date d'effet de l'adhésion, la nature, l'étendue, le montant des garanties ainsi que le détail des cotisations.

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

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

Elle prend fin à l'extinction de la totalité des garanties d'assurance.

L'adhésion cesse également lors de la mise en œuvre des garanties décès ou perte totale et irréversible d'autonomie.

3.3 DROIT DE RENONCIATION

L'Adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion, et ce conformément à l'article L.132-5-1 du Code des assurances. Il doit pour cela adresser à CEGEMA 679 avenue du Docteur LEFEBVRE BP 189 06272 VILLENEUVE LOUBET cedex sa demande par lettre recommandée avec avis de réception selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e), demeurant à demande à renoncer aux garanties prévues par l'adhésion au contrat Previ Anticip'Pro n°. que j'ai signée le Si des cotisations ont été versées, je vous prie de me rembourser l'intégralité des sommes versées, conformément à l'article L.132-5-1 du Code des assurances. Date et signature. »

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

3.4 RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

3.4.1 | Par l'Adhérent

L'adhésion peut être résiliée :

- chaque année à l'échéance anniversaire de l'adhésion. Pour ce faire, une lettre recommandée doit être adressée à CEGEMA 679 avenue du Docteur LEFEBVRE BP 189 06272 VILLENEUVE LOUBET cedex au plus tard 2 mois avant l'échéance anniversaire de l'adhésion,
- en cas de disparition de circonstances aggravantes mentionnées au certificat d'adhésion ou en cas de diminution du risque, si l'Assureur refuse de réduire les cotisations en conséquence (article L.113-4 du Code des assurances),
- en cas de changement ou de cessation définitive d'activité professionnelle entraînant une modification dans la nature et la portée des garanties. La résiliation doit intervenir dans les 3 mois suivant la connaissance de l'événement et prend effet un mois après sa notification (article L.113-16 du Code des assurances),
- en cas de révision du tarif selon les dispositions du paragraphe « En fonction des résultats techniques » de l'article 3.5.2.

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

3.4.2 | Par l'Assureur

Pendant les deux premières années de l'adhésion à son échéance anniversaire moyennant préavis de 2 mois.

Après deux ans, le droit au maintien est acquis jusqu'au terme des garanties indiqué au certificat d'adhésion sauf pour les motifs suivants :

- non-paiement des cotisations,
- réticence ou fausse déclaration intentionnelle du risque à l'adhésion ou au cours de l'adhésion,
- aggravation du risque en cours d'adhésion (non lié à l'état de santé), si l'Assuré n'accepte pas le tarif proposé,
- fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues,
- en cas de redressement judiciaire ou de liquidation judiciaire de l'Adhérent (article L.622-13 du Code de commerce).

3.4.3 | De plein droit

- en cas de retrait de l'agrément de l'Assureur,
- en cas de décès de l'Assuré,
- à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'Assuré atteint l'âge de 67 ans.

Toutefois en cas de départ en retraite de l'Assuré avant cette date, les garanties Incapacité temporaire totale de travail, Invalidité permanente totale, invalidité permanente partielle et remboursement des frais généraux cessent dans tous leurs effets à la date de la liquidation des droits à la retraite.

Si des prestations sont en cours de versements, celles-ci cessent à la date de la liquidation des droits à la retraite.

3.4.4 | Forme de la résiliation

La résiliation de l'adhésion par l'Adhérent doit être notifiée par lettre recommandée à CEGEMA 679 avenue du Docteur LEFEBVRE BP 189 06272 VILLENEUVE LOUBET cedex, elle prendra effet au jour de la réception par CEGEMA.

La résiliation de l'adhésion par l'Assureur est notifiée à l'Adhérent par lettre recommandée à son dernier domicile connu.

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

3.4.5 | Conséquence de la résiliation sur le droit aux prestations

En cas de résiliation de l'adhésion, les garanties cessent à la date de prise d'effet de la résiliation. Le versement des prestations au titre d'un arrêt de travail ou d'un décès survenu pendant la période de garantie est maintenu dans la limite de la durée contractuelle des obligations de l'Assureur.

3.5 LES COTISATIONS

3.5.1 | Montant des cotisations

Le montant de la cotisation est fonction :

- de l'âge de l'Assuré à la date d'effet de l'adhésion,
- de l'activité professionnelle déclarée et des conditions d'exercice de sa profession,
- du fait que l'Assuré soit fumeur ou non,
- du montant des indemnités et des garanties souscrites,
- des autres éléments déclarés.

3.5.2 | Évolution des cotisations

■ En fonction de l'âge

Pour tenir compte de l'augmentation du risque liée à l'âge de l'Assuré, les cotisations sont réajustées automatiquement, âge par âge à chaque échéance anniversaire selon le barème suivant :

Tranche d'âge	Nature des garanties	
	Incapacité temporaire totale de travail, invalidité permanente partielle, invalidité permanente totale et remboursement des frais généraux	Décès/PTIA, rente de conjoint viagère, rente de conjoint temporaire et rente éducation
18 – 30 ans	3 %	0 %
31 – 40 ans	3 %	3 %
41 – 45 ans	3 %	5 %
46 – 60 ans	4 %	7 %
61 – 65 ans	5 %	10 %
66 – 67 ans	5 %	12 %

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

■ En fonction des résultats techniques

L'Assureur peut être amené à modifier le tarif, en cas d'aggravation des résultats techniques des contrats d'assurance de groupe, telle que l'augmentation de la fréquence ou du coût moyen des sinistres.

La modification du tarif sera établie d'un commun accord entre le Crédit Mutuel ARKEA et l'Assureur.

La modification du tarif sera notifiée à l'Adhérent et prendra effet à l'échéance anniversaire de l'adhésion. Dans cette hypothèse l'Adhérent a la possibilité de résilier son adhésion sans préavis dans un délai de 30 jours suivant la date de la modification.

La résiliation prendra effet un mois après la demande.

■ En cas de modifications législatives et/ou réglementaires

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

Les cotisations incluent l'ensemble des taxes et contributions ; toute modification ou ajout de taxe ou contribution de nature fiscale ou sociale impliquera une variation de cotisations.

Par ailleurs le montant de la cotisation est indexé annuellement tel que le prévoit l'article 4.1.5.

3.5.3 | Paiement des cotisations

Les cotisations sont payables annuellement et d'avance. L'Assureur peut accepter le paiement par fraction semestrielle, trimestrielle ou mensuelle.

Le paiement par fraction mensuelle se fait uniquement par prélèvement automatique. Pour les autres fractionnements, l'Adhérent peut régler soit par chèque, ou soit par prélèvement automatique sur son compte bancaire.

3.5.4 | Non-paiement des cotisations

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

3.5.5 | Exonération du paiement des cotisations

À compter du 91^{ème} jour d'arrêt de travail continu, garanti et pris en charge par l'Assureur, l'Adhérent est exonéré du paiement des cotisations dues pendant la durée de l'incapacité temporaire totale de travail ou de l'invalidité permanente totale ou partielle, et ce pour toutes les garanties souscrites.

L'exonération prend fin dès la cessation du paiement des prestations au titre de l'arrêt de travail, de la cessation de la garantie maintien de revenus, au plus tard à la date de la liquidation de la retraite, et en tout état de cause à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'Assuré atteint l'âge de 67 ans.

3.6 LA PRESCRIPTION

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

Toutes actions dérivant des présents contrats sont prescrites dans les délais et termes des articles L.114-1, L.114-2 et L.114-3 du Code des assurances.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription

visées à l'article L.114-2 précité sont celles prévues selon les termes et conditions des articles 2240 à 2246 du Code civil.

Les articles L.114-1 à L.114-3 du Code des assurances et 2240 à 2246 du Code civil peuvent être consultés au chapitre 7 de la notice d'information.

3.7 LA SUBROGATION

Conformément à l'article L.121-12 du Code des assurances, le bénéficiaire des prestations donne subrogation à l'Assureur pour exercer son recours, en

cas de sinistre, contre les tiers responsables jusqu'à concurrence des prestations versées en application de ce contrat.

3.8 LES RÉCLAMATIONS – MÉDIATION

■ Premier contact : l'interlocuteur habituel

En cas de réclamation concernant l'adhésion, dans un premier temps, l'Assuré est invité à prendre contact avec son interlocuteur habituel ou par courrier simple adressé à CEGEMA service Previ Anticip'Pro 679 avenue du Docteur LEFEBVRE BP 189 06272 VILLENEUVE LOUBET cedex.

■ Deuxième contact : le service réclamations

Si un désaccord persiste, l'Assuré peut intervenir auprès du service réclamations à l'adresse suivante : SwissLife Prévoyance et Santé Service Réclamations PREVOYANCE ET SANTE TSA 36003 59781 Lille Cedex.

■ En dernier recours : le Département Médiation

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

Ses coordonnées seront systématiquement indiquées à l'Assuré par le service réclamations, en cas de refus partiel ou total de faire droit à sa réclamation.

■ Après épuisement des procédures internes : le Médiateur de la FFSA

Le Médiateur de la FFSA (Fédération Française des Sociétés d'Assurances) peut être saisi, après épuisement des procédures internes. Seuls les litiges concernant les particuliers sont de la compétence du Médiateur de la FFSA. Le Médiateur de la FFSA ne peut être saisi si une action contentieuse a été ou est engagée.

Ses coordonnées seront systématiquement indiquées à l'Assuré par le Département Médiation, en cas de refus partiel ou total de faire droit à sa réclamation.

3.9 LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

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

Les données sont utilisées pour la gestion et le suivi du dossier par cette entité, destinataire avec ses mandataires, ses partenaires et réassureurs, de l'information. Elles sont également transmises aux destinataires habilités, notamment au sein du Groupe SwissLife, afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et de l'application des obligations réglementaires et de la gestion des risques opérationnels notamment la fraude à l'assurance.

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

L'Assuré dispose d'un droit d'accès et de rectification des données le concernant, et du droit de s'opposer à leur traitement pour un motif légitime. L'Assuré doit adresser sa demande à la Direction Marketing de Swiss Life, 1 rue du Maréchal de Lattre de Tassigny 59671 Roubaix Cedex 01. En cas de demandes liées à des données médicales, le courrier doit être libellé à l'attention du médecin-conseil 7, rue Belgrand 92300 Levallois-Perret.

3.10 L'AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'autorité administrative chargée du contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de

Résolution (ACPR) située 61 rue Taitbout 75009 Paris.

4 LES GARANTIES

4.1 LE FONCTIONNEMENT DES GARANTIES

4.1.1 | Le choix des garanties

L'Assuré bénéficie des garanties :

- maintien de revenus (incapacité temporaire totale de travail, invalidité permanente totale et invalidité permanente partielle),
- assistance. Les conditions de mise en œuvre et de prise en charge sont précisées à l'annexe « Convention d'Assistance Prévoyance ».

Et en option :

- remboursement des frais généraux,
- décès et perte totale et irréversible d'autonomie,
- rente de conjoint viagère ou rente de conjoint temporaire,
- rente éducation.

Les garanties accordées à l'Assuré sont précisées au certificat d'adhésion.

4.1.2 | Étendue territoriale

Les garanties sont acquises dans le monde entier pour des événements imprévisibles à la date de départ de France.

Elles ne concernent que les Assurés résidant habituellement et de façon régulière en France métropolitaine.

En cas d'arrêt de travail, l'indemnisation est calculée de la manière suivante :

- dès le 1^{er} jour en cas d'hospitalisation à l'étranger, limitée à 3 mois,
- dès le 1^{er} jour de retour en France métropolitaine pour les autres cas.

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

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

4.1.3 | La date de survenance de l'événement garanti

La date de survenance de l'événement garanti est :

- pour les garanties incapacité temporaire totale de travail : le 1^{er} jour d'arrêt de travail médicalement constaté,

- pour les garanties invalidité permanente totale, invalidité permanente partielle et perte totale et irréversible d'autonomie : la date de consolidation de l'invalidité ou de la perte totale et irréversible d'autonomie reconnue par le médecin expert désigné par l'Assureur, et au plus tôt à la date de déclaration du sinistre,
- pour les garanties décès/PTIA, rente de conjoint viagère, rente de conjoint temporaire, rente éducation : la date du décès de l'Assuré.

4.1.4 | La date d'entrée en vigueur des garanties

Les garanties s'exercent sur les conséquences :

- des accidents survenus après la date d'effet de l'adhésion,
- des maladies dont la première constatation médicale est postérieure à la date d'effet de l'adhésion.

Cependant un délai d'attente est appliqué pour les garanties incapacité temporaire totale de travail, invalidité permanente totale, invalidité permanente partielle et remboursement des frais généraux. Ce délai d'attente, décompté à partir de la date d'effet de l'adhésion, est de :

- **3 mois pour tout arrêt de travail dû à une maladie. Il est porté à 12 mois pour les maladies mentales et affections psychiatriques,**
- **10 mois pour les grossesses pathologiques.**

Le délai d'attente n'est pas appliqué pour les maladies infectieuses suivantes : grippe, angine, rhinopharyngite, coqueluche, varicelle, rubéole, oreillons, scarlatine, diphtérie, poliomyélite, méningite cérébrospinale, dysenterie, fièvre typhoïde et paratyphoïde.

Tout événement survenu pendant un délai d'attente ainsi que ses suites et conséquences ne sera jamais garanti pendant toute la durée de l'adhésion.

Le délai d'attente peut être abrogé à la demande de l'Assuré si l'adhésion remplace, sans qu'il y ait eu interruption de garantie dans le temps, une autre adhésion de même nature et de même montant, si la résiliation de cette adhésion est le fait de l'Assuré. L'abrogation du délai d'attente s'exerce dans la limite des garanties (nature et montant) précédemment souscrites, sur présentation du certificat de radiation et des dispositions personnelles de l'adhésion antérieure.

4.1.5 | Indexation

■ des garanties et des cotisations

Les montants des garanties et des cotisations sont indexés à chaque échéance anniversaire en fonction de l'évolution de la valeur du point de retraite du régime AGIRC (Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres).

■ des prestations

Le montant des prestations dues au titre des garanties incapacité temporaire totale de travail, invalidité permanente totale, invalidité permanente partielle, rente de conjoint et rente éducation est calculé sur la base de l'indice AGIRC de la dernière cotisation acquittée au moment de la survenance de l'événement garanti.

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

4.1.6 | Modification des garanties

Toute modification de garanties à la hausse ou à la baisse ne peut se faire qu'à l'échéance anniversaire de l'adhésion.

Sur demande de l'Assuré, les garanties peuvent toutefois être modifiées en cours d'année d'assurance, après accord de l'Assureur.

4.1.7 | Cessation des garanties

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

4.2 LA GARANTIE MAINTIEN DE REVENUS

4.2.1 | Incapacité temporaire totale de travail

■ Objet de la garantie

Si l'Assuré doit interrompre totalement son activité professionnelle pour des raisons de santé, l'Assureur garantit le versement de prestations, sous forme d'indemnités journalières, calculées sur la base du montant mensuel indiqué au certificat d'adhésion.

Si l'Assuré est atteint d'une affection de longue durée telle que définie à l'article L.322-3-3 du Code de la Sécurité sociale (à l'exception des maladies mentales et affections psychiatriques) ayant fait l'objet d'une indemnisation, et qu'il reprend pour des raisons thérapeutiques une activité professionnelle à mi-temps, l'Assureur peut être amené à poursuivre son indemnisation.

Dans ce cas, la prestation est réduite de moitié et versée pour une durée maximale de 3 mois, à raison d'une seule fois pour un même événement.

Les prestations ont pour but de maintenir tout ou partie du revenu professionnel de l'Assuré. En aucun cas, le cumul des prestations versées par l'Assureur, ajoutées à celles prévues par tout autre régime de prévoyance ou d'assurance obligatoire ou facultatif, ne peut excéder le revenu de l'activité de l'Assuré.

■ Durée d'indemnisation

Les prestations sont versées mensuellement à terme échu pour chaque jour d'arrêt de travail garanti, intervenant après la période de franchise choisie par l'Assuré, indiquée au certificat d'adhésion.

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

Pour tout arrêt de travail consécutif à une maladie mentale ou une affection psychiatrique, la durée maximale d'indemnisation est de 12 mois pour toute la durée de l'adhésion.

Le versement des prestations cesse dans les situations suivantes :

- **dès la reprise, même partielle, de l'activité professionnelle, sauf cas défini au paragraphe « Objet de la garantie » de l'article 4.2.1.**
- **à la date de consolidation de l'invalidité,**
- **à la date de liquidation des droits à la retraite de l'Assuré, et, au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'Assuré atteint l'âge de 67 ans.**

■ Rechute

Lorsque l'Assuré est de nouveau en incapacité temporaire totale de travail pour une affection ayant déjà fait l'objet d'une indemnisation et ceci dans un délai de 3 mois, les prestations sont versées à compter du 1^{er} jour du nouvel arrêt de travail et à concurrence de la durée maximale prévue au certificat d'adhésion, déduction faite de la première indemnisation.

Par contre, la franchise est à nouveau appliquée si la rechute survient après une reprise d'activité ininterrompue de plus de 3 mois.

4.2.2 | Invalidité permanente totale – Invalidité permanente partielle

■ Objet de la garantie

Le versement de la rente met fin au service des prestations indemnités journalières versées au titre de la garantie incapacité temporaire totale de travail.

En cas d'invalidité permanente totale ou d'invalidité permanente partielle de l'Assuré, l'Assureur verse une rente selon la règle définie au paragraphe « Montant de la rente » ci-dessous.

Cette rente est versée dès lors qu'à l'expiration d'une incapacité temporaire totale d'arrêt de travail indemnisée par l'Assureur, l'état de santé de l'Assuré le met dans l'impossibilité définitive de reprendre une activité professionnelle en partie ou dans sa totalité.

Le point de départ du versement de la rente est la date de consolidation définie par le médecin-conseil de l'Assureur.

En aucun cas, le cumul de la rente versée par l'Assureur ajoutée à celle prévue par tout autre régime de prévoyance ou d'assurance obligatoire ou facultatif, ne peut excéder le revenu de l'activité de l'Assuré.

■ Durée d'indemnisation

La rente est versée par trimestre civil échu.

Le service de la rente cesse à la date de reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie, à la date de liquidation des droits à la retraite et au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'Assuré atteint l'âge de 67 ans.

■ Détermination du taux d'invalidité

À noter : le barème applicable pour les professions médicales est celui choisi à l'adhésion et indiqué au certificat d'adhésion.

• Barème croisé applicable aux commerçants, aux artisans, exploitants agricoles et le cas échéant aux professions libérales y compris médicales et paramédicales.

Il y a invalidité lorsque l'Assuré présente simultanément, après consolidation, une incapacité fonctionnelle (physique et/ou mentale) et une incapacité professionnelle :

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

Ces deux taux d'incapacité sont déterminés dans le cadre d'une expertise médicale effectuée par un médecin expert indépendant et sont appréciés par le médecin-conseil de l'Assureur.

Le taux d'invalidité (noté « t ») est déterminé par croisement entre le taux d'incapacité fonctionnelle et le taux d'incapacité professionnelle d'après le tableau suivant :

		Taux d'Incapacité Fonctionnelle									
		10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Taux d'Incapacité Professionnelle	10	0	0	0	0	0	0	10	20	30	40
	20	0	0	0	0	10	25	40	50	65	75
	30	0	0	0	10	25	45	60	75	90	100
	40	0	0	0	25	40	60	75	90	100	100
	50	0	0	10	30	50	70	90	100	100	100
	60	0	0	15	35	60	80	100	100	100	100
	70	0	0	20	45	70	90	100	100	100	100
	80	0	0	25	50	80	100	100	100	100	100
	90	0	0	30	60	85	100	100	100	100	100
	100	0	5	35	65	90	100	100	100	100	100

• Barème professionnel applicable le cas échéant aux professions libérales y compris médicales et paramédicales.

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

■ Montant de la rente

Le calcul de la rente est fonction du barème choisi à l'adhésion et indiqué au certificat d'adhésion.

• Barème croisé

Le montant de la rente d'invalidité versé à l'Assuré est égal au montant de la rente d'invalidité indiqué au certificat d'adhésion multiplié par le taux d'invalidité (t) défini ci-dessus.

• Barème professionnel

Le montant de la rente d'invalidité versé à l'Assuré est égal au montant de la rente d'invalidité indiqué au certificat d'adhésion multiplié par le taux d'invalidité fixé par le médecin expert

La rente n'est pas due ou cesse d'être versée dès que le taux d'invalidité fixé par le médecin expert est inférieur à 33 %.

4.3 LA GARANTIE REMBOURSEMENT DES FRAIS GÉNÉRAUX

(SI L'OPTION A ÉTÉ CHOISIE ET INDIQUÉE AU CERTIFICAT D'ADHÉSION)

À noter : cette garantie n'est pas éligible aux dispositions fiscales de la loi Madelin.

■ Objet de la garantie

Si l'Assuré doit interrompre totalement son activité professionnelle pour des raisons de santé, l'Assureur garantit le versement de prestations calculées sur la base du montant mensuel indiqué au certificat d'adhésion visant le remboursement de tout ou partie des frais généraux payés par l'Adhérent dans la limite des frais réellement engagés pendant la période d'arrêt de travail indemnisée.

Les frais payés pour des périodes autres que mensuelles seront convertis prorata temporis, en dépenses mensuelles.

■ Durée d'indemnisation

Les prestations sont versées mensuellement pour chaque jour d'arrêt de travail garanti, intervenant après la période de franchise.

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

Pour tout arrêt de travail consécutif à une maladie mentale ou une affection psychiatrique, la durée

maximale d'indemnisation est de 12 mois pour toute la durée de l'adhésion.

Le versement des prestations cesse dans les situations suivantes :

- **dès la reprise, même partielle, de l'activité professionnelle,**
- **à la date de consolidation de l'invalidité,**
- **au terme du 24^{ème} mois d'incapacité temporaire totale de travail,**
- **à la date de liquidation des droits à la retraite et, au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'Assuré atteint l'âge de 67 ans.**

■ Rechute

Lorsque l'Assuré est de nouveau en incapacité temporaire totale de travail pour une affection ayant déjà fait l'objet d'une indemnisation et ceci dans un délai de 3 mois, les prestations sont versées à compter du 1^{er} jour du nouvel arrêt de travail et à concurrence de la durée maximale prévue au certificat d'adhésion, déduction faite de la première indemnisation.

Par contre, la franchise sera à nouveau appliquée si la rechute survient après une reprise d'activité ininterrompue de plus de 3 mois.

4.4 LA GARANTIE DÉCÈS/PTIA

(SI L'OPTION A ÉTÉ CHOISIE ET INDIQUÉE AU CERTIFICAT D'ADHÉSION)

À noter : la garantie n'est pas éligible aux dispositions fiscales de la loi Madelin si le montant est versé en capital.

4.4.1 | Décès/PTIA

4.4.1.1. En cas de décès de l'Assuré avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint l'âge de 67 ans, l'Assureur garantit le versement du montant indiqué au certificat d'adhésion au(x) bénéficiaire(s) désigné(s).

Le montant est versé soit en capital soit en rente, selon le choix formulé par l'Assuré lors de la demande d'adhésion et indiqué au certificat d'adhésion.

4.4.1.2. En cas de PTIA de l'Assuré survenue avant la date de liquidation de ses droits à la retraite et au plus tard avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint l'âge de 67 ans, l'Assureur verse par anticipation le montant indiqué au paragraphe 4.4.1.1. ci-avant.

Le montant est versé à l'Assuré lui-même, soit en capital soit en rente, selon le choix qu'il a formulé lors de la demande d'adhésion et indiqué au certificat d'adhésion.

Le versement par anticipation du montant met fin à l'adhésion.

4.4.2 | Décès/PTIA accidentel

4.4.2.1. En cas de décès de l'Assuré des suites d'un accident avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint l'âge de 67 ans, et à condition que le décès survienne dans les 6 mois à dater du jour de l'accident, un montant supplémentaire égal au montant indiqué au paragraphe 4.4.1.1. ci-avant est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s).

Le montant est versé soit en capital soit en rente, selon le choix formulé par l'Assuré lors de la demande d'adhésion et indiqué au certificat d'adhésion.

La preuve du décès par accident incombe au bénéficiaire.

4.4.2.2. En cas de PTIA de l'Assuré consécutive à un accident survenue avant la date de liquidation de ses droits à la retraite et au plus tard avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint l'âge de 67 ans, et à condition que la PTIA survienne dans les 6 mois à dater du jour de l'accident, l'Assureur verse par anticipation le montant indiqué au paragraphe 4.4.1.1.

Le montant est versé à l'Assuré lui-même, soit en capital soit en rente, selon le choix qu'il a formulé lors de la demande d'adhésion et indiqué au certificat d'adhésion.

La preuve de la PTIA consécutive à un accident incombe au bénéficiaire.

4.4.3 | Double effet

Si le conjoint de l'Assuré ou son partenaire lié par un PACS décède en même temps ou dans les 365 jours qui suivent le décès de l'Assuré, l'Assureur verse au profit des enfants restés à charge un montant supplémentaire égal au montant prévu au paragraphe 4.4.1.1.

Le montant est versé en capital. Si plusieurs enfants sont à charge au moment du décès, le capital est partagé entre eux par parts égales.

En outre, le décès de l'Assuré doit survenir avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint l'âge de 67 ans.

4.4.4 | Clauses bénéficiaires

■ Désignation du (des) bénéficiaire(s) des garanties en cas de décès :

Lors de la demande d'adhésion ou ultérieurement par avenant à l'adhésion, l'Assuré peut désigner le ou les bénéficiaires qui percevront le montant garanti indiqué au certificat d'adhésion au décès de l'Assuré.

La désignation du bénéficiaire peut être effectuée notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique. Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, il est conseillé à l'Assuré de mentionner clairement ses coordonnées (nom, prénom, date de naissance, adresse et en cas de pluralité de bénéficiaires la part revenant à chacun).

L'Assuré peut à tout moment modifier la clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée.

■ Acceptation du bénéficiaire

Le bénéficiaire peut accepter le bénéfice de l'assurance. L'acceptation doit obligatoirement être faite selon l'une des deux modalités suivantes :

- soit par un avenant signé par l'Assureur, l'Assuré et le bénéficiaire ;
- soit par un acte authentique ou par un acte sous seing privé signé par l'Assuré et le bénéficiaire ; dans ce dernier cas, elle n'a d'effet à l'égard de l'Assureur que lorsqu'elle lui a été notifiée par écrit.

L'acceptation ne peut intervenir que 30 jours au moins à compter de la date d'effet de l'adhésion.

■ Conséquences de l'acceptation par le bénéficiaire

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

4.5 LA GARANTIE RENTE DE CONJOINT VIAGÈRE (SI L'OPTION A ÉTÉ CHOISIE ET INDIQUÉE AU CERTIFICAT D'ADHÉSION)

En cas de décès de l'Assuré avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint l'âge de 67 ans, le montant de la rente choisi indiqué au certificat d'adhésion est versé par mois civil à terme échu à son conjoint non séparé de corps ni divorcé ou son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité.

Le premier mois de la rente vient à échéance à la fin du mois civil au cours duquel a lieu le décès de l'Assuré.

Le versement de la rente cesse à la fin du mois civil précédant la date de remariage ou le décès du conjoint/Partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité.

4.6 LA GARANTIE RENTE DE CONJOINT TEMPORAIRE

(SI L'OPTION A ÉTÉ CHOISIE ET INDIQUÉE AU CERTIFICAT D'ADHÉSION)

En cas de décès de l'Assuré avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint l'âge de 67 ans, le montant de la rente choisi indiqué au certificat d'adhésion est versé par mois civil à terme échu à son conjoint non séparé de corps ni divorcé ou son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité.

Le premier mois de la rente vient à échéance à la fin du mois civil au cours duquel a lieu le décès de l'Assuré.

Le versement de la rente cesse à la fin du mois civil précédant la date de remariage ou le décès du conjoint/Partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité sans pouvoir excéder 48 mois.

4.7 LA GARANTIE RENTE ÉDUCATION

(SI L'OPTION A ÉTÉ CHOISIE ET INDIQUÉE AU CERTIFICAT D'ADHÉSION)

En cas de décès de l'Assuré avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint l'âge de 67 ans, le montant de la rente choisi indiqué au certificat d'adhésion est versé par mois civil à terme échu pour chacun des enfants mentionnés sur le certificat d'adhésion ou par avenant.

Le montant de la rente varie selon l'âge de l'enfant bénéficiaire.

Cette rente est versée :

- au représentant légal de l'enfant, s'il est mineur,
- à l'enfant lui-même s'il est majeur.

Le versement de la rente cesse :

- à la fin du mois civil au cours duquel l'enfant bénéficiaire a cessé sa scolarité et au plus à la fin du mois civil suivant son 18^{ème} anniversaire ou son 26^{ème} anniversaire, s'il poursuit des études,
- et en tout état de cause à la date du décès de l'enfant.

5 LES EXCLUSIONS ET LIMITATIONS DE GARANTIE

5.1 EXCLUSIONS DE GARANTIES

Sont exclus des garanties les événements suivants	Le signe • indique les garanties sur lesquelles porte l'exclusion		
	Incapacité temporaire totale de travail Invalidité Permanente totale Invalidité permanente partielle	Décès Rente de conjoint viagère Rente de conjoint temporaire Rente éducation	Perte totale et irréversible d'autonomie
<ul style="list-style-type: none"> ■ Le suicide, de quelque nature qu'il soit, s'il survient au cours de la première année d'adhésion. En cas d'augmentation des garanties, le suicide est exclu pour le supplément de garantie pendant la première année suivant la prise d'effet de cette augmentation. 		•	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Les suites ou conséquences : <ul style="list-style-type: none"> • d'une invalidité préexistante à la date d'effet des garanties, de maladies dont la première constatation médicale est antérieure à la date d'effet des garanties, ou d'accidents dont la date de survenance est antérieure à la date d'effet des garanties, • de tentatives de suicide, de mutilation volontaire ou d'événements qui sont le fait volontaire de l'Assuré, • d'éthylisme, d'un état d'imprégnation alcoolique défini par un taux supérieur au taux légal ou de l'usage de stupéfiants ou assimilés, non prescrits médicalement. 	•		•
<ul style="list-style-type: none"> ■ Les suites ou conséquences d'accident survenant sur engins à moteur, terrestres ou nautiques, à l'occasion d'essais, de compétitions, paris, tentatives de record, rallyes de vitesse effectués à titre amateur ou professionnel. 	•	•	•
<ul style="list-style-type: none"> ■ Le délai légal du congé de maternité tel qu'il est défini par la Sécurité Sociale que l'Assurée y soit affilié ou non. 	•		
<ul style="list-style-type: none"> ■ Les suites ou conséquences d'accident de navigation aérienne lorsque le pilote ne possède pas de brevet ou de licence pour l'appareil utilisé et/ou si le véhicule aérien homologué ou non, motorisé ou non, ne dispose pas de certificat valable de navigabilité ou en est dispensé. 	•	•	•
<ul style="list-style-type: none"> ■ Les suites ou conséquences d'actes de piraterie, d'émeutes, de terrorisme, de sabotage, d'insurrection, de rixe, sauf en cas de légitime défense ou d'accomplissement du devoir professionnel. 	•	•	•
<ul style="list-style-type: none"> ■ Les risques de guerre étrangère ou de guerre civile, sauf législation française particulière à intervenir en période de guerre ou d'accomplissement du devoir professionnel. 	•	•	•

Sont exclus des garanties les événements suivants	Le signe • indique les garanties sur lesquelles porte l'exclusion		
	Incapacité temporaire totale de travail Invalidité Permanente totale Invalidité permanente partielle	Décès Rente de conjoint viagère Rente de conjoint temporaire Rente éducation	Perte totale et irréversible d'autonomie
■ Les suites ou conséquences directes ou indirectes d'accident ayant provoqué explosion, dégagement de chaleur, irradiation, et provenant de la transmutation de noyaux d'atomes, de la radioactivité et de l'accélération artificielle de particules. La présente exclusion ne s'applique pas à l'Assuré dont la profession l'expose aux risques liés à ces événements, lorsque l'accident survient à l'occasion de l'exercice de sa profession.	•	•	•
■ Les risques particuliers précisés sur le certificat d'adhésion remis à l'Assuré.	•	•	•
■ La pratique d'un sport à titre professionnel, la pratique de sports, activités ou loisirs suivants, sauf stipulation contraire et expresse mentionnée sur le certificat d'adhésion : <ul style="list-style-type: none"> • sports nautiques : canyoning, rafting, nage en eaux vives, apnée, pêche et plongée sous-marine autre que la pratique amateur à moins de 20 m de profondeur, • sports de montagne pratiqués sur paroi rocheuse, falaise, cascade gelée ou glacier, y compris la spéléologie, sports de neige pratiqués au-delà du sommet des remontées mécaniques et en dehors des pistes balisées, ainsi que le ski de vitesse, skeleton et bobsleigh, sans guide breveté ou moniteur diplômé, • sports de combat (le karaté, l'escrime et le judo sont toutefois garantis), • sports aériens : parapente, aérostation, deltaplane, vol à voile, kitesurf, • tous sports nécessitant l'usage d'engins à moteur, à l'exception des baptêmes encadrés par un ou plusieurs professionnel(s) ayant les compétences et diplômes requis par l'État, • les sauts dans le vide quel que soit le moyen utilisé pour la chute ou la réception, • les sports combinés tels que le biathlon, le triathlon ou le pentathlon. 		•	•

5.2 LIMITATIONS DE GARANTIES

■ Maternité

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

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

■ Maladies mentales et affections psychiatriques

Ces affections sont exclues des garanties applicables en cas d'invalidité permanente totale ou d'invalidité permanente partielle.

■ Cures

Les cures de toute nature, notamment thermales, marines, de rajeunissement, d'amaigrissement, de désintoxication ainsi que les séjours en maison de repos, sont exclues des garanties applicables en cas d'incapacité temporaire totale de travail.

■ Invalidité non indemnisée

L'état d'invalidité faisant suite à une incapacité temporaire totale de travail non garantie et pour lequel l'Assuré n'a pas droit aux indemnités journalières n'est pas garanti.

6 SINISTRE

TOUT SINISTRE DOIT ÊTRE DÉCLARÉ À CEGEMA SERVICE PREVI ANTICIP'PRO
679 AVENUE DU DOCTEUR LEFEBVRE BP 189 06272 VILLENEUVE LOUBET CEDEX

6.1 MODALITÉS POUR L'OBTENTION DES PRESTATIONS

■ Pour la garantie incapacité temporaire totale de travail

L'incapacité temporaire totale de travail doit être portée à la connaissance de l'Assureur par une déclaration manuscrite de l'Assuré, accompagnée de l'avis d'arrêt de travail initial établi par son médecin traitant, avant le terme de la franchise choisie en cas de maladie indiquée au certificat d'adhésion. Passé ce délai, l'incapacité temporaire totale de travail est considérée comme s'étant produite au jour de la déclaration.

À réception de cette déclaration, l'Assuré doit faire parvenir à CEGEMA :

- la Déclaration d'arrêt d'activité, complétée de manière exhaustive par l'Assuré notamment les rubriques activité, arrêt de travail et circonstances de l'accident, et précisant tout élément qu'il jugera utile à une gestion optimale de son dossier,
- l'Attestation médicale initiale, complétée par une autorité médicale compétente détaillant les renseignements relatifs à l'incapacité temporaire totale de travail (nature de l'affection, description précise des traitements et durée prévisionnelle de l'arrêt de travail),
- En cas de rechute dans les 3 mois suivant la reprise du travail, un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection doit être adressé.

Pour la garantie remboursement des frais généraux, l'Assureur peut demander des documents justificatifs complémentaires tels qu'un état des dépenses prises en charge par la garantie listées au chapitre 1.

■ Pour les garanties invalidité permanente totale ou invalidité permanente partielle

L'Assuré doit faire parvenir à CEGEMA :

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

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

■ Pour la garantie décès/PTIA

• En cas de décès

Le déclarant doit faire parvenir à CEGEMA :

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

• En cas de PTIA

L'Assuré doit faire parvenir à CEGEMA :

- un rapport médical détaillé indiquant la nature et le caractère définitif de son invalidité.

L'Assureur peut demander à tout moment à son médecin-conseil, de mener aux frais de l'Assureur un examen médical ou un contrôle en vue du versement de la prestation.

■ Pour la garantie double effet (décès ultérieur du conjoint)

Les pièces à fournir pour le conjoint sont les mêmes que pour le décès de l'Assuré, complétées par un extrait de délibération du conseil de famille ayant nommé les représentants légaux des mineurs.

■ Pour la garantie rente de conjoint viagère ou rente de conjoint temporaire

Les pièces à fournir lors du décès de l'Assuré doivent être complétées par :

- un extrait d'acte de naissance du conjoint/Partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité.

Ce document doit être fourni chaque année.

■ Pour la garantie rente éducation

Les pièces à fournir lors du décès de l'Assuré doivent être complétées par :

- un certificat de scolarité,
- pour les étudiants, une copie de la carte d'affiliation au régime de la Sécurité sociale des étudiants,
- un document prouvant la qualité de représentant légal pour les mineurs.

Ce document doit être fourni chaque année.

6.2 CONTRÔLE ET EXPERTISE

L'Assuré doit apporter la preuve de son incapacité temporaire totale de travail, de son invalidité permanente totale, de son invalidité permanente partielle ou de sa perte totale et irréversible d'autonomie. Il doit fournir à ce titre les éléments justificatifs qui peuvent lui être demandés par l'Assureur ou par le médecin-conseil et se soumettre aux examens de contrôle auprès du médecin ou de tout autre représentant mandaté par l'Assureur.

La décision est communiquée à l'Assuré par le médecin-conseil qui peut, à l'analyse du dossier, définir le droit garanti ou limiter l'incapacité temporaire totale de travail, l'invalidité permanente totale, l'invalidité permanente partielle ou la perte totale et irréversible d'autonomie.

L'Assuré dispose de 30 jours à compter de la date d'envoi de la décision pour la contester ; au-delà de ces 30 jours, le diagnostic du médecin-conseil est considéré comme acquis.

L'Assuré s'engage à autoriser l'accès de son domicile ou lieu de traitement préalablement signalé par lettre

recommandée à l'Assureur, tous les jours ouvrables entre 9 heures et 21 heures, sauf opposition justifiée.

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

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

L'Assuré et l'Assureur supportent par moitié les frais relatifs à sa nomination ainsi que ses honoraires. Les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire tant que l'expertise amiable n'a pas eu lieu.

Si l'Assuré ne respecte pas un des points précédemment énoncés, l'Assureur peut refuser l'indemnisation.

6.3 AGGRAVATION INDÉPENDANTE DE L'ÉVÉNEMENT GARANTI

Chaque fois que les conséquences d'un accident ou d'une maladie seront aggravées par l'état constitutionnel de l'Assuré, par l'action d'une autre maladie ou d'une infirmité antérieure non garantie, par un manque de soins constaté, dû à la négligence de l'Assuré ou à

un traitement empirique, la durée de paiement des prestations sera déterminée par le médecin mandaté par l'Assureur, non en fonction de la durée réelle d'arrêt de travail, mais de celle qui aurait été défini chez une personne soumise à un traitement médical adéquate.

■ Article L.113-3 - Paiement de la prime

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

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

L'assureur a le droit de résilier le contrat dix jours après l'expiration du délai de trente jours mentionné au deuxième alinéa du présent article.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En cas de survenance d'un des événements suivants :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

• Article L.114-1 - Délai de prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

■ Article 2240 à 2246 du Code civil - Causes ordinaires d'interruption de la prescription

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

- Article 2240 du Code civil

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

• Demande en justice

- Article 2241 du Code civil

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

- Article 2242 du Code civil

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

- Article 2243 du Code civil

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

• Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

- Article 2244 du Code civil

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

• Étendue de la prescription quant aux personnes

- Article 2245 du Code civil

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

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

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

- Article 2246 du Code civil

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le souscripteur est tenu :

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

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

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

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

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

ANNEXE : CONVENTION D'ASSISTANCE PRÉVOYANCE ET D'ASSISTANCE AU QUOTIDIEN CONTRAT N° SWISS 2101

■ Comment contacter garantie assistance

Téléphone	de France	09 77 40 71 84	24 heures sur 24, en indiquant le numéro de contrat Swiss 2101
	de l'étranger	33 9 77 40 71 84	
Télécopie	09 77 40 17 87		

IMPORTANT : Pour que les prestations d'assistance Prévoyance soient acquises, Garantie Assistance doit avoir été prévenue (par téléphone ou fax) et avoir donné son accord préalable.

SwissLife Prévoyance et Santé a souscrit au profit de ses Assurés un contrat collectif d'assistance n° Swiss2101 auprès de Garantie Assistance (ci-après dénommé G.A).

Les dispositions qui suivent ont pour objet de définir les prestations d'assistance accordées à l'Assuré liées au produit Previ Anticip'Pro

Ces prestations sont assurées et gérées par Garantie Assistance 108 Bureaux de la Colline 92210 Saint Cloud - société anonyme au capital de 1 850 000 euros - 312 517 493 RCS Nanterre - Entreprise régie par le Code des Assurances.

1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 BÉNÉFICIAIRES

Dès lors qu'il est assuré au titre du contrat n° A.5217 ou A.5218 et que son domicile fiscal est situé en France Métropolitaine, Principauté d'Andorre ou de Monaco, ont la qualité de bénéficiaires :

■ Pour la garantie assistance Prévoyance

- l'Assuré (ci-après « l'Assuré ») au contrat,
- son conjoint.

■ Pour la garantie assistance au quotidien

- l'Assuré (ci-après « l'Assuré ») au contrat,
- son conjoint,
- ses enfants.

1.2 VALIDITÉ TERRITORIALE

■ Pour la garantie assistance Prévoyance

Les garanties sont utilisables au domicile du bénéficiaire en France métropolitaine, Principauté d'Andorre ou de Monaco.

■ Pour la garantie assistance au quotidien

Les prestations sont fournies en France métropolitaine.

1.3 PRISE D'EFFET ET DURÉE

L'ensemble des garanties définies dans la présente convention suit le sort du contrat d'assurance de groupe n° A.5217 ou A.5218 auquel elle se rattache (délai de

rétractation applicable suite à démarchage à domicile, avenant, suspension, résiliation...).

1.4 DÉFINITIONS

Pour l'application de la présente convention d'assistance, on entend par :

■ **ACCIDENT** : Toute atteinte corporelle provenant d'un événement soudain, imprévisible et extérieur au bénéficiaire et indépendante de la volonté de ce dernier.

■ **CONJOINT** : Le conjoint proprement dit de l'Assuré ou son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité.

■ DOMICILE

• Pour la garantie assistance Prévoyance

Le lieu de résidence principale et habituelle des bénéficiaires, situé en France métropolitaine, Corse,

Principauté de Monaco ou d'Andorre, mentionné au certificat d'adhésion.

• Pour la garantie assistance au quotidien

Le lieu de résidence principale ou secondaire des bénéficiaires, situé en France métropolitaine.

■ **ÉVÉNEMENT** : Selon la garantie sollicitée, l'incapacité ou l'invalidité.

■ **FRAIS DE SÉJOUR** : Frais d'hôtel, petit-déjeuner continental inclus.

■ **INCAPACITÉ** : Impossibilité momentanée pour le bénéficiaire d'exercer son activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident.

■ **INVALIDITÉ** : Réduction de l'intégrité physique ou intellectuelle l'empêchant d'exercer, totalement ou partiellement toute activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident.

■ **MALADIE** : Altération soudaine et imprévisible de la santé, constatée par une autorité médicale habilitée.

■ **PERSONNE DÉPENDANTE** : La personne qui est momentanément ou durablement atteinte de pathologie chronique ou invalidante ou présentant une affection l'empêchant d'accomplir les actes ordinaires de la vie quotidienne.

■ **PERSONNE HANDICAPÉE** : Toute personne présentant un handicap au sens de l'article L.114 du Code de l'action sociale et des familles.

Constitue un handicap toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

1.5 NÉCESSITÉ DE L'APPEL PRÉALABLE

Pour que les prestations d'assistance ci-après exposées soient acquises, G.A doit avoir été prévenue au préalable par téléphone ou par télécopie, avoir communiqué un numéro de dossier et exprimé son accord préalable.

Téléphone	de France	09 77 40 71 84	24 heures sur 24, en indiquant le numéro de contrat Swiss 2101
	de l'étranger	33 9 77 40 71 84	
Télécopie	09 77 40 71 87		

IMPORTANT : L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une des prestations ne donne lieu à aucun remboursement de la part de G.A.

Pour toute demande d'assistance, le bénéficiaire (ou toute autre personne agissant en son nom) doit :

■ contacter G.A sans délai (voir coordonnées et modalités ci-avant),

■ fournir les renseignements suivants :

- le numéro d'adhésion,
- son nom, prénom, le lieu où il se trouve et, si possible, le numéro de téléphone où il pourra éventuellement être contacté,
- la nature des difficultés motivant l'appel,
- les noms, adresse et numéro de téléphone du médecin référent ou traitant ou, le cas échéant, de la clinique ou de l'hôpital dans lequel est soigné le bénéficiaire, afin que G.A puisse se mettre en rapport avec eux.

1.6 ENGAGEMENTS FINANCIERS

1.6.1 | Engagements financiers

Sans préjudice des règles exposées au 1.5 et 1.6.2, toute demande de remboursement adressée par le bénéficiaire à G.A devra être accompagnée des pièces justificatives originales correspondant à la demande.

1.6.2 | Conditions d'ordre médical

Dans tous les cas, la nature de l'assistance et le choix des moyens à mettre en œuvre pour répondre à la demande du bénéficiaire relèvent de la décision du médecin de G.A qui recueille, si nécessaire, l'avis du médecin traitant.

Les montants de prise en charge, la durée de mise en œuvre des prestations ainsi que le nombre d'heures mentionné dans les garanties ne sont pas forfaitaires.

Afin de permettre au médecin de G.A de prendre sa décision, il pourra être demandé au bénéficiaire de fournir tout justificatif médical de l'événement soudain et imprévisible qui conduit le bénéficiaire à solliciter son assistance.

Le cas échéant, G.A recommande au bénéficiaire d'adresser ces documents sous pli confidentiel à l'attention du service médical de G.A.

G.A ne peut se substituer aux organismes locaux d'urgence ni prendre en charge les frais consécutifs à leur intervention.

1.7 EXCLUSIONS

G.A ne peut, en aucun cas, se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais de transport primaire engagés.

G.A ne garantit pas les événements suivants et leurs conséquences :

- de maladies constatées médicalement antérieurement à l'adhésion à la convention d'assistance,
- du suicide ou de la tentative de suicide,
- d'une faute intentionnelle du bénéficiaire (cf. article L.113-8 du Code des Assurances),
- d'affections consécutives ou aggravées par l'état d'ivresse lié à une consommation excessive d'alcool, par un comportement alcoolique aigu ou chronique, par l'usage de drogues non prescrites médicalement ou de stupéfiants,

■ des faits de guerre (civile ou étrangère), d'émeute, d'insurrection, d'actes de piraterie, d'attentats, d'actes de terrorisme quels qu'en soient le lieu géographique et les intervenants,

■ de la participation à des rixes sauf lorsque cette participation s'inscrit dans un contexte de légitime défense, d'assistance à personne en danger ou d'accomplissement du devoir professionnel,

■ des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'inhalation provenant de la transmutation de noyaux d'atome,

■ de la participation volontaire du bénéficiaire à un sabotage, un crime, un délit, un pari ou un défi,

■ d'accidents et de décès survenus du fait de la participation du bénéficiaire, en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matches, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires.

1.8 PRESCRIPTION

Toute action découlant de l'interprétation ou de l'exécution de la convention d'assistance est prescrite

dans le délai de deux ans à compter de l'événement qui lui donne naissance.

1.9 SUBROGATION

Toute personne bénéficiant de l'assistance subroge G.A dans ses droits et actions contre tout tiers responsable

à concurrence des frais engagés par elle en exécution des garanties.

1.10 LOI APPLICABLE

La présente convention est soumise à la loi française.

1.11 CONTRÔLE

L'autorité administrative chargée du contrôle de Garantie Assistance est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de

Résolution (ACPR) située 61 rue Taitbout 75009 Paris.

1.12 INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations recueillies auprès du bénéficiaire avant l'adhésion à la convention d'assistance puis lors d'une demande d'assistance font l'objet d'un traitement informatique destiné exclusivement à la fourniture des prestations d'assistance garanties.

Conformément à l'article 32 de la loi du 06 janvier 1978 dite « informatique et libertés », modifiée par la loi n°2004-801 du 06 août 2004, le bénéficiaire bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations

qui le concernent. S'il souhaite exercer ce droit et obtenir communication des informations le concernant, il doit s'adresser à Garantie Assistance, Direction des Systèmes d'Information, 108 Bureaux de la Colline 92210 Saint-Cloud. Il peut également pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données le concernant mais un tel refus pourra empêcher la souscription ou l'exécution des présentes garanties.

1.13 RÉCLAMATIONS

Toute réclamation portant sur la qualité ou les délais de traitement par G.A de la demande d'assistance doit être formulée par écrit et adressée à l'adresse suivante : Garantie Assistance, Service Réclamations, 108 Bureaux de la Colline 92210 Saint-Cloud.

Une réponse sera adressée dans un délai de quinze jours à compter de la réception du courrier de réclamation.

1.14 EXONÉRATION DE RESPONSABILITÉ

G.A est responsable de la nature et de la qualité des prestations d'assistance fournies aux bénéficiaires des garanties.

Toutefois :

■ la responsabilité de G.A est écartée lorsque les retards ou défaillances dans l'exécution des garanties sont imputables à une cause étrangère, notamment, aux délais et/ou aux difficultés d'obtention de documents administratifs (visas d'entrée et de sortie de territoire, passeports...) qui constituent des conditions essentielles et préalables, fixées par certains états, à la circulation et/ou au transport des personnes ou des biens sur un territoire ou entre deux états donnés,

■ la responsabilité de G.A ne pourra être recherchée lorsque le retard ou l'inexécution de la prestation d'assistance demandée par le bénéficiaire est consécutif(ve) à l'insuffisance des disponibilités locales.

■ G.A ne peut être tenue pour responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient :

- soit, de cas de force majeure,
- soit, d'événements tels guerre civile ou étrangère, révolution, mouvements populaires émeutes ou grèves (article L.121-8 alinéa 2 du Code des assurances),
- soit, des saisies ou contraintes par la force publique,
- soit, des interdictions officielles,
- soit, des actes de piraterie, de terrorisme ou d'attentats,
- soit, d'un enlèvement, d'une séquestration ou d'une prise d'otage,
- soit, des tempêtes, ouragans ou catastrophes naturelles.

2 LES GARANTIES D'ASSISTANCE PRÉVOYANCE

Les garanties 2.1 et 2.2 sont acquises en situation d'invalidité (cf. DÉFINITIONS).

2.1 ORIENTATION VERS LES ÉTABLISSEMENTS MÉDICALISÉS

G.A recherche et communique les coordonnées d'établissements médicalisés (séjour temporaire ou de longue durée, convalescence, rééducation fonctionnelle, par exemple, en cas d'incapacité temporaire ou d'invalidité qui d'une part, répondent aux critères de sélection posés par le bénéficiaire concerné, son conjoint ou son représentant, (proximité géographique du domicile, équipement, capacité, activités, spécialités) et d'autre part, sont en mesure de les accueillir.

Si G.A met tout en œuvre pour proposer des solutions conformes aux souhaits exprimés par le bénéficiaire concerné, son conjoint ou son représentant, elle ne peut toutefois pas garantir l'accueil effectif dans le (les) établissement(s) indiqué(s).

G.A ne prend pas en charge les frais de séjour et tous frais et taxes accessoires.

2.2 ASSISTANCE AUTONOMIE

2.2.1 | Audit d'adaptabilité du domicile

Afin de déterminer au mieux les impératifs d'adaptation du domicile aux besoins du bénéficiaire en invalidité, G.A missionne un ergothérapeute chargé d'élaborer et proposer une solution de maintien du bénéficiaire à son domicile. À cette fin, l'ergothérapeute :

- réalise un diagnostic technique du caractère fonctionnel du logement : évaluation de l'accessibilité du logement (étages, escaliers, couloirs, etc.) et de son adaptabilité éventuelle (possibilités d'aménagement des pièces et du mobilier, etc) au regard de l'invalidité,

- soumet le bénéficiaire à des tests d'évaluation de sa mobilité au sein de son logement. Cette aptitude à se déplacer, seul et en toute sécurité, est déterminée en tenant compte des équipements adaptés dont dispose le bénéficiaire lors de la réalisation du bilan (cannes, béquilles, déambulateur, fauteuil roulant, prothèses). Au besoin, l'ergothérapeute s'entretient, pour avis, avec le médecin traitant du bénéficiaire de la situation de ce dernier et de son évolution probable.

À l'issue de ces opérations, l'ergothérapeute adresse au bénéficiaire, son conjoint ou son représentant un avis sur la possibilité de maintien au domicile comportant les renseignements suivants :

- une solution chiffrée d'aménagements immobiliers et/ou d'agencement mobilier accompagnée des coordonnées des professionnels susceptibles de les réaliser,

- l'indication chiffrée des matériels susceptibles de faciliter les déplacements intérieurs et les coordonnées de professionnels commercialisant ce type de matériels,
- les possibilités d'aides au financement des travaux d'adaptation de son domicile et la mention des interlocuteurs appropriés (A.N.A.H par exemple) dans ces démarches.

L'audit et les prestations qui en découleraient restent à la charge du bénéficiaire.

2.2.2 | Audit financier

L'audit financier est établi pour mieux connaître les dépenses et revenus mensuels du bénéficiaire.

En cas de ressources insuffisantes, G.A recherche et communique au bénéficiaire, son conjoint ou son représentant, les principaux organismes susceptibles d'apporter une aide financière pour faciliter l'organisation de son maintien à domicile (CCAS, CPAM, ASSEDIC, CAF, Banques alimentaires, assistantes sociales locales, mairie, caisses de retraite,...).

2.2.3. Audit de la vie quotidienne

L'audit de vie quotidienne est réalisé au moyen d'une grille d'évaluation spécifique. Il permet de connaître les habitudes de vie du bénéficiaire (alimentation, vie sociale, ...), son environnement familial (sa composition, sa proximité géographique,...). L'audit de vie quotidienne va mesurer dans quel contexte matériel et affectif la personne évolue et quel contact elle a conservé avec la vie extérieure.

2.3 ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE

En cas d'incapacité ou d'invalidité suite à un accident de l'Assuré ou de son conjoint, le bénéficiaire peut contacter G.A pour recevoir une aide psychologique délivrée par des psychologues cliniciens qui interviennent dans le

strict respect de la déontologie applicable à la profession.

En fonction de la situation du bénéficiaire, G.A organise et prend en charge 3 entretiens téléphoniques maximum par événement.

3 LES GARANTIES D'ASSISTANCE AU QUOTIDIEN

L'assistance au quotidien peut être sollicitée par tout bénéficiaire qui, à la suite de la survenance d'un événement garanti, a bénéficié d'une prestation d'assistance mentionnée aux 2.1. et 2.2. ci-avant, qui a pris fin et dont il souhaite la prolongation ou qui n'a pas pu bénéficier de la prestation car sa demande relevait d'un cas d'exclusion.

Selon le cas, le bénéficiaire peut demander la prolongation ou la mise en œuvre, à ses frais exclusifs, des prestations d'assistance au quotidien énumérées ci-dessous.

G.A. sélectionne parmi ses partenaires, plusieurs prestataires et les propose au bénéficiaire qui effectue le choix final. G.A. organise alors la mise en place de la prestation au nom et pour le compte du bénéficiaire.

G.A. n'est pas responsable de la qualité et des délais d'intervention des prestataires retenus par le bénéficiaire.

3.1 FEMMES DE MÉNAGES, AIDE-MÉNAGÈRE

Dans le cadre de ce service, l'organisme exécute les tâches suivantes : entretien de l'intérieur de la maison,

nettoyage et repassage du linge, nettoyage, rangement, aide aux tâches ménagères.

3.2 COLLECTE ET LIVRAISON À DOMICILE DE LINGE REPASSÉ

Dans le cadre de ce service, l'organisme :

- collecte le linge au domicile du bénéficiaire,

- l'apporte à l'entreprise préalablement désignée par le bénéficiaire et chargée du repassage,

- et livre le linge repassé au domicile du bénéficiaire.

3.3 LIVRAISON DE REPAS À DOMICILE

Ce service comprend la livraison à domicile de repas variés et équilibrés, correspondant au régime éventuel

suivi par le bénéficiaire (sans sucre, sans sel, sans graisse, etc.).

3.4 PRÉPARATION DE REPAS À DOMICILE

Un intervenant à domicile peut proposer au bénéficiaire un menu différent chaque jour, faire les courses pour réunir les ingrédients nécessaires, cuisiner le repas et

remettre la cuisine en ordre après le repas (vaisselle et rangement).

3.5 ASSISTANCE INFORMATIQUE ET INTERNET : INITIATION ET FORMATION

Ce service englobe l'initiation ou la formation au fonctionnement du matériel informatique (micro-ordinateur personnel ainsi que les accessoires et périphériques faisant partie de son environnement immédiat) et aux logiciels non professionnels en vue de permettre leur utilisation courante ainsi que, le cas échéant, tout ou partie des prestations suivantes :

- livraison au domicile de matériels informatiques,
- installation et mise en service au domicile de matériels et logiciels informatiques,
- maintenance logicielle au domicile de matériels informatiques.

3.6 LIVRAISON DE COURSES À DOMICILE

Sur la base d'une liste de courses établie par le bénéficiaire, l'organisme effectue les achats et livre les produits demandés à la maison. Il peut donc s'agir

de médicaments, de livres, de journaux, de produits alimentaires ou de première nécessité.

Les achats effectués sont à la charge du bénéficiaire.

3.7 PETITS TRAVAUX DE JARDINAGE Y COMPRIS LES TRAVAUX DE DÉBROUSSAILLAGE

Dans le cadre de ce service, les travaux d'entretien courant du jardin du bénéficiaire pourront être fournis :

- la tonte de la pelouse, l'arrosage des plantes,
- la taille des haies et des arbres,
- le débroussaillage,
- la prestation d'enlèvement des déchets occasionnés par la prestation de petit jardinage,
- le déneigement des abords immédiats du domicile.

3.8 PETIT BRICOLAGE

Ce service comprend la réalisation des prestations élémentaires (**durée d'intervention ne dépassant pas deux heures**) et occasionnelles suivantes : fixer une étagère, accrocher un cadre, poser des rideaux, remplacer des joints, poser un lustre, changer une ampoule, etc.

Ce service ne comprend pas :

- les activités de construction, d'entretien, de réparation des bâtiments correspondant aux métiers de gros œuvre, de second œuvre et de finition du bâtiment,
- la mise en place, l'entretien et la réparation des réseaux utilisant des fluides ou des matériels et équipements destinés à l'alimentation en gaz, au chauffage des immeubles et aux installations électriques.

3.9 COURS À DOMICILE

Ce service comprend les cours à domicile* dispensés de manière individuelle à tout public : enfant cf. article 3.12. à 3.14. ci-dessous, adulte étudiant ou non.

En outre, les disciplines enseignées ne se limitent pas aux programmes d'enseignement scolaire.

Ces prestations sont fournies par des professionnels

de la formation, ou des personnes pouvant se prévaloir d'une compétence confirmée et incontestable.

Ce service ne comprend pas les activités de conseil et d'accompagnement, telles que le « coaching » ou par exemple, l'assistance à l'utilisation de matériels audio ou vidéo numériques.

3.10 ASSISTANCE ADMINISTRATIVE

Ce service d'assistance administrative à domicile* couvre toutes les tâches d'appui et d'aide à la rédaction des correspondances, à la compréhension et à la facilitation des contacts et des relations avec des interlocuteurs institutionnels (fournisseurs d'énergie, fournisseurs

réseaux téléphonique et Internet, banques, assureurs, administrations publiques notamment).

Ce service ne saurait aboutir à conférer à l'organisme un mandat, une substitution d'action ou de responsabilité.

3.11 SURVEILLANCE TEMPORAIRE AU DOMICILE, DE LA RÉSIDENCE PRINCIPALE ET SECONDAIRE

Cette activité consiste à assurer, au domicile et pendant l'absence de son occupant habituel, les prestations suivantes :

- l'ouverture et la fermeture des volets,
- l'arrosage et l'entretien des plantes,
- la relève du courrier,
- les travaux ménagers à l'intérieur du domicile,
- toute autre prestation de cette nature.

Ce service ne comprend pas les activités privées de sécurité réglementées par la loi n° 83-629 du 12 juillet 1983 modifiée : la surveillance humaine ou la surveillance par des systèmes électroniques de sécurité ou le gardiennage de biens meubles ou immeubles, ainsi que la sécurité des personnes se trouvant dans ces immeubles (prestations de rondes ou de télésurveillance autour du domicile).

3.12 GARDE D'ENFANT À DOMICILE

Ce service comprend :

- la garde d'enfants au domicile des parents (baby-sitting par exemple),
- la garde d'enfants de deux voire trois familles alternativement au domicile de l'une et de l'autre (forme de mutualisation qui facilite l'accès à ce mode de garde pour les familles qui n'ont qu'un enfant* à faire garder),

- l'accompagnement des enfants lors des trajets domicile/école ou crèche, en particulier dans les transports publics.

À l'occasion de la garde au domicile, l'intervenant fait la toilette de l'enfant et le change, lui prépare et lui donne les repas et les goûters, organise et participe à ses activités, l'accompagne à l'école, le récupère à la sortie de l'école et le raccompagne au domicile du bénéficiaire.

3.13 SOUTIEN SCOLAIRE OU COURS À DOMICILE

3.13.1 | Soutien scolaire

La prestation de soutien scolaire est fournie **exclusivement au domicile** du bénéficiaire de la prestation, **par un intervenant physiquement présent**.

Les cours dispensés dans le cadre du soutien scolaire doivent par ailleurs être en lien avec les programmes d'enseignement scolaire :

- accompagnement scolaire,
- approfondissement,
- préparation à un examen,
- révision des leçons déjà vues en classe,
- explication des points difficiles,
- aide à l'acquisition d'une bonne méthodologie de travail.

Ce service ne comprend pas : les activités de soutien scolaire à distance, par Internet ou sur un support électronique.

3.13.2 | Cours à domicile

Ce service comprend les cours à domicile dispensés de manière individuelle à l'enfant du bénéficiaire.

En outre, les disciplines enseignées ne se limitent pas aux programmes d'enseignement scolaire.

Ces prestations sont fournies par des professionnels de la formation, ou des personnes pouvant se prévaloir d'une compétence confirmée et incontestable.

Ce service ne comprend pas les activités de conseil et d'accompagnement, telles que le « coaching » ou par exemple, l'assistance à l'utilisation de matériels audio ou vidéo numériques.

3.14 ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS DANS LEURS DÉPLACEMENTS EN DEHORS DE LEUR DOMICILE

Ce service comprend pour l'essentiel l'accompagnement des enfants bénéficiaires dans les transports.

Ce service ne recouvre pas l'activité de transports scolaires.

3.15 ASSISTANCE AUX PERSONNES ÂGÉES OU DÉPENDANTES OU AUX AUTRES PERSONNES QUI ONT BESOIN D'UNE AIDE PERSONNELLE À LEUR DOMICILE*

Peuvent bénéficier de ces prestations :

- les personnes âgées de 60 ans et plus,
- les personnes dépendantes*,
- les personnes rencontrant une difficulté temporaire ou permanente de nature à mettre en péril l'autonomie et l'équilibre de la famille et son maintien dans l'environnement social.

L'organisme accompagne et assiste les bénéficiaires :

- **dans leurs actes essentiels de la vie quotidienne.**

Ce service comprend l'aide à la mobilité et aux déplacements, à la toilette, à l'habillage, à l'alimentation, aux fonctions d'élimination, garde-malade, etc.

Dans ce cadre, peuvent être notamment intégrées les prestations de vigilance, visites physiques de convivialité.

Cette prestation est effectuée en lien avec l'entourage et/ou les services compétents.

- **dans leurs activités de la vie sociale et relationnelle**

Ce service comprend l'aide à l'accompagnement dans les activités domestiques, de loisirs et de la vie sociale, soutien des relations sociales, etc., à domicile ou à partir du domicile, et notamment les prestations d'animation culturelles et artistiques pour des personnes gravement malades ou en fin de vie maintenues au domicile.

- **à l'occasion des activités intellectuelles, sensorielles et motrices**

Ce service comprend notamment les activités comprenant des interventions au domicile des bénéficiaires en perte d'autonomie, afin de les aider à adapter leurs gestes et modes de vie à leurs capacités d'autonomie dans leur environnement domestique, tout en permettant, dans le même temps, d'optimiser l'accompagnement des aidants eux-mêmes.

Ce service ne comprend pas les soins relevant d'actes médicaux.

3.16 ASSISTANCE AUX PERSONNES HANDICAPÉES

Les activités d'assistance aux personnes handicapées comprennent :

- les prestations détaillées au paragraphe précédent,

- les activités d'interprète en langue des signes, de technicien de l'écrit et de codeur en langage parlé complété.

3.17 GARDE MALADE DE PERSONNES ÂGÉES, DÉPENDANTES OU HANDICAPÉES

Le garde malade assure une présence de jour ou de nuit auprès de personnes malades, en assurant leur confort physique et moral, **à l'exclusion des soins.**

Il peut toutefois aider à la prise de médicaments sur la base d'une ordonnance et si la prescription médicale

ne fait pas référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux.

Le garde malade de nuit est à proximité du malade et doit pouvoir intervenir à tout moment.

3.18 AIDE À LA MOBILITÉ ET TRANSPORTS DE PERSONNES ÂGÉES, DÉPENDANTES OU HANDICAPÉES AYANT DES DIFFICULTÉS DE DÉPLACEMENT

L'aide à la mobilité et le transport de la personne sont étroitement associés dans cette activité, ce qui différencie cette dernière d'une simple prestation de transport de personnes.

L'organisme accompagne le bénéficiaire lors de déplacements effectués à partir du domicile du bénéficiaire ou vers celui-ci.

3.19 CONDUITE DU VÉHICULE PERSONNEL DES PERSONNES DÉPENDANTES, DU DOMICILE AU TRAVAIL, SUR LE LIEUX DE VACANCES, POUR LES DÉMARCHES ADMINISTRATIVES

Ce service suppose que le bénéficiaire soit une personne dépendante dans l'impossibilité de conduire son véhicule personnel temporairement ou définitivement.

L'organisme conduit le véhicule du bénéficiaire notamment pour effectuer les trajets suivants :

- du domicile au lieu de travail et vice-versa,
- du domicile au lieu de vacances,
- lors des démarches administratives.

3.20 ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ÂGÉES OU HANDICAPÉES DANS LEURS DÉPLACEMENTS EN DEHORS DE LEUR DOMICILE

Ce service comprend pour l'essentiel l'accompagnement des bénéficiaires âgés (plus de 60 ans) ou handicapés dans les transports, ainsi que l'accompagnement (au bras) à l'occasion de promenades ou dans les actes de la vie courante.

Le recours à des activités d'interprète en langue des signes, de technicien de l'écrit et de codeur en langage parlé complété dans l'environnement extérieur et pour les actes de la vie quotidienne est admis dans le cadre de cette activité.

3.21 SOINS ET PROMENADES DES ANIMAUX DE COMPAGNIE, POUR LES PERSONNES DÉPENDANTES*

Les animaux d'élevage sont exclus, cette activité ne concernant que les animaux de compagnie des personnes dépendantes.

Par soins, il faut entendre les activités de préparation et mise à disposition de nourriture pour les animaux, changement de litière, accompagnement chez le vétérinaire.

Sont exclus :

■ le toilettage et les soins vétérinaires,

■ les chiens relevant de l'une des catégories de chiens dangereux visés par l'article L.211-11 du Code Rural et de la pêche,

■ les animaux d'élevage et de ferme,

■ les insectes,

■ les arachnides (tarentule, mygale, scorpion par exemple),

■ les amphibiens et les reptiles (serpents, tortues, iguanes, lézards par exemple).

3.22 SOINS D'ESTHÉTIQUE À DOMICILE POUR LES PERSONNES DÉPENDANTES

Ce service consiste à dispenser au bénéficiaire les soins d'hygiène et de mise en beauté :

■ soins esthétiques,

■ maquillage,

■ lavage, séchage et coiffage des cheveux, à l'exclusion des prestations de coiffure,

■ des mains et les pieds.

Cette prestation est exclusivement réservée aux bénéficiaires personnes dépendantes.

